

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



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

2. Ausgabe  
07.06.2000

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

## **Inhaltsverzeichnis**

<b>0 VORWORT</b>	<b>6</b>
<b>I AUFGABEN DER MEDIZINISCHEN DIENSTE IM ZUSAMMENHANG MIT QUALITÄT UND QUALITÄTSSICHERUNG</b>	<b>7</b>
1. Grundlagen der Qualitätssicherung	7
2. Einbindung des MDS / der MDK	7
<b>II AUFGABEN DER MEDIZINISCHEN DIENSTE GEMÄß § 80 ABS. 2 SGB XI</b>	<b>9</b>
1. Kompetenzen und Maßnahmen der MDK	9
2. Qualitätsdimensionen	9
3. Leistungsbereiche	9
4. Datenschutz	10
<b>III DIE STELLUNG DER MDK IM VERHÄLTNIS ZU ANDEREN QUALITÄTSPRÜFUNGSINSTITUTIONEN</b>	<b>11</b>
<b>IV BERATUNGSORIENTIERTER PRÜFANSATZ</b>	<b>13</b>
<b>V VERFAHRENSABLAUF</b>	<b>15</b>
<b>VI ERHEBUNGSBOGEN ZUR QUALITÄTSPRÜFUNG IN DER PFLEGEEINRICHTUNG</b>	<b>17</b>
1. Allgemeine Angaben zu der Einrichtung	18
2. Pflegetheoretische Grundlagen	21
3. Pflegemanagement	22
3.1 Aufbauorganisation Personal	22
3.2 Ablauforganisation	24
3.3 Qualitätsmanagement	25
3.4 Beratung	28
4. Pflegedokumentation	28
5. Sonstiges	29

<b>VII ERHEBUNGSBOGEN ZUR QUALITÄTSPRÜFUNG BEIM PFLEGE- BEDÜRFTIGEN</b>	<b>31</b>
<b>1. Allgemeine Angaben</b>	<b>32</b>
<b>2. Rahmenbedingungen der individuellen Leistungserbringung</b>	<b>34</b>
2.1 Erstkontakt / Betreuungsbeginn	34
2.2 Organisatorische Absprachen und Erreichbarkeit	36
2.3 Personal	37
<b>3. Berücksichtigung individueller Bedürfnisse im Rahmen der direkten Pflege</b>	<b>38</b>
3.1 Individuelle Pflegeberatung	38
3.2 Körperpflege	39
3.3 Ernährung	40
3.4 Mobilität	41
3.5 Soziale Betreuung <i>unbesetzt</i>	41
3.6 Hauswirtschaftliche Versorgung	41
3.7 Zufriedenheit	42
3.8 Pflegerelevante Beobachtungen	43
<b>4. Pflegedokumentation und Umsetzung des Pflegeprozesses</b>	<b>46</b>
<b>5. Sonstiges</b>	<b>56</b>
<b>VIII PRÜFANLEITUNG ZUM ERHEBUNGSBOGEN ZUR QUALITÄTSPRÜFUNG IN DER PFLEGEEINRICHTUNG</b>	<b>57</b>
<b>1. Allgemeine Angaben zu der Einrichtung</b>	<b>57</b>
<b>2. Pflegetheoretische Grundlagen</b>	<b>58</b>
<b>3. Pflegemanagement</b>	<b>61</b>
3.1 Aufbauorganisation Personal	61
3.2 Ablauforganisation	63
3.3 Qualitätsmanagement	68
3.4 Beratung	71
<b>4. Pflegedokumentation</b>	<b>72</b>
<b>IX PRÜFANLEITUNG ZUM ERHEBUNGSBOGEN ZUR QUALITÄTSPRÜFUNG BEIM PFLEGEBEDÜRFTIGEN</b>	<b>74</b>
<b>2. Rahmenbedingungen der individuellen Leistungserbringung</b>	<b>74</b>
2.1 Erstkontakt / Betreuungsbeginn	74
2.2 Organisatorische Absprachen und Erreichbarkeit	75
2.3 Personal	76

<b>3. Berücksichtigung individueller Bedürfnisse im Rahmen der direkten Pflege</b>	<b>77</b>
3.2 Körperpflege	77
3.4 Mobilität	78
3.7 Zufriedenheit	78
3.8 Pflegerelevante Beobachtungen	78
<b>4. Pflegedokumentation und Umsetzung des Pflegeprozesses</b>	<b>80</b>
<b>X ANLAGEN</b>	<b>93</b>
Anlage 1 - Von der Einrichtung vorzulegende Unterlagen	94
Anlage 2 - Einwilligung	95
Anlage 3 - Arbeitshilfe für den Prüfbericht	96
Anlage 4 - Beispiele für Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten	99
Anlage 5 - Qualifizierungskonzept für Prüfer	103
Anlage 6 - Literaturverzeichnis	104

## 0 Vorwort

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

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

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

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

Als externe Sachverständige wurden beratend hinzugezogen:

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

Veränderungen gegenüber dem ersten Konzept bestehen insbesondere in:

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

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

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

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

Juni 2000

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

## 1. Grundlagen der Qualitätssicherung

Der gesetzliche Auftrag der Pflegekassen, eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende pflegerische Versorgung der Versicherten zu gewährleisten, erfordert eine ständige Sicherung der Qualität.

Maßstab dafür sind u.a. die folgenden im SGB XI genannten Grundsätze:

- Die Leistungen der Pflegeversicherung sollen helfen, ein möglichst selbständiges und selbstbestimmtes Leben zu führen,
- die Leistungen der Pflegeversicherung sind darauf auszurichten, die körperlichen, geistigen und seelischen Kräfte des Pflegebedürftigen wiederzugewinnen und zu erhalten (aktivierende Pflege),
- die Leistungen der Pflegeversicherung sollen ein Leben in Würde ermöglichen,
- die Leistungen der Pflegeversicherung sollen die Pflegebereitschaft von Angehörigen, Nachbarn, Ehrenamtlichen und Selbsthilfegruppen erhalten und fördern,
- die Leistungen der Pflegeversicherung sind mit anderen Leistungen (ärztliche Behandlung, Behandlungspflege, rehabilitative Maßnahmen) zu koordinieren,
- auf religiöse Bedürfnisse der Versicherten ist Rücksicht zu nehmen.

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

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

## 2. Einbindung des MDS / der MDK

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

Im Mittelpunkt dieser Anleitung stehen die Aufgaben gemäß § 80 Abs. 2 SGB XI. Voraussetzung für eine wirksame Aufgabenwahrnehmung ist eine einheitliche, mit den Spitzenverbänden der Pflegekassen abgestimmte und von allen MDK getragene MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

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

### 1. Kompetenzen und Maßnahmen der MDK

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

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

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

### 2. Qualitätsdimensionen

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

Damit haben die Medizinischen Dienste insbesondere im Rahmen der

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

zu prüfen.

### 3. Leistungsbereiche

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

Im Rahmen der häuslichen Pflege umfasst die Qualitätsprüfung die Grundpflege sowie die hauswirtschaftliche Versorgung (häusliche Pflegehilfe) nach SGB XI. Näheres ist den Prüfaufträgen der Landesverbände der Pflegekassen zu entnehmen.

## 4. Datenschutz

Prüfungen nach § 80 Abs. 2 SGB XI berühren das informationelle Selbstbestimmungsrecht des einzelnen Pflegebedürftigen bzw. der betroffenen Institution. Insofern sind die folgenden datenschutzrechtlichen Rahmenbedingungen zu beachten:

„Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten für Zwecke der Pflegeversicherung nur erheben, verarbeiten und nutzen, soweit dies für die Prüfungen, Beratungen und gutachtlichen Stellungnahmen nach den §§ 18, 40 und 80 erforderlich ist. Die Daten dürfen für andere Zwecke nur verarbeitet und genutzt werden, soweit dies durch Rechtsvorschriften des Sozialgesetzbuches angeordnet oder erlaubt ist.

Der Medizinische Dienst darf personenbezogene Daten, die er für die Aufgabenerfüllung nach dem Fünften oder Elften Buch erhebt, verarbeitet oder nutzt, auch für die Aufgaben des jeweils anderen Buches verarbeiten oder nutzen, wenn ohne die vorhandenen Daten die Aufgaben nicht ordnungsgemäß erfüllt werden können.“ (§ 97 Abs. 1 bis 2 SGB XI)

Die Fristen zur Löschung der personenbezogenen Daten „(...) beginnen mit dem Ende des Geschäftsjahres, in dem die Leistungen gewährt oder abgerechnet wurden.“ (§ 107 Abs. 1 Satz 2 SGB XI) Im Zusammenhang mit der Qualitätsprüfung ist damit das Jahr gemeint, in dem die Prüfung erfolgte.

„Die Pflegekassen können für Zwecke der Pflegeversicherung Leistungsdaten länger aufbewahren, wenn sichergestellt ist, dass ein Bezug zu natürlichen Personen nicht mehr herstellbar ist.“ (§ 107 Abs. 1 Satz 3 SGB XI) Diese Vorschrift gilt nach § 97 Abs. 3 SGB XI für den Medizinischen Dienst entsprechend.

„Die Leistungserbringer sind berechtigt und verpflichtet (...) im Falle eines Prüfverfahrens, soweit die (...) Qualität der Leistungen im Einzelfall zu beurteilen (ist) (...) die für die Erfüllung der Aufgaben der Pflegekassen und ihrer Verbände erforderlichen Angaben über Versicherungsleistungen aufzuzeichnen und den Pflegekassen oder den mit der Datenverarbeitung beauftragten Stellen zu übermitteln.“ (§ 104 SGB XI) Diese Vorschrift ermächtigt den MDK, im Rahmen einer Qualitätsprüfung nach § 80 SGB XI Pflegedokumentationen einzusehen und ggf. zu kopieren.

„Für das Löschen der vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung erhobenen Daten gilt § 107 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Satz 2 entsprechend.“ (§ 80 Abs. 2 Satz 4 SGB XI). Demnach gilt für die Pflegekassen „für das Löschen der für Aufgaben der Pflegekassen und ihrer Verbände gespeicherten personenbezogenen Daten (...)“ § 84 des Zehnten Buches entsprechend mit der Maßgabe, dass (...) **Daten (...) aus Prüfungen zur Qualitätssicherung (§ 80) spätestens nach zwei Jahren zu löschen sind.** Die Fristen beginnen mit dem Ende des Geschäftsjahres in dem die Leistungen gewährt oder abgerechnet wurden. (...)“ (§ 107 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 und Satz 2 SGB XI)

**Daraus ergibt sich, dass personenbezogene Daten nach 2 Jahren zu löschen sind.**

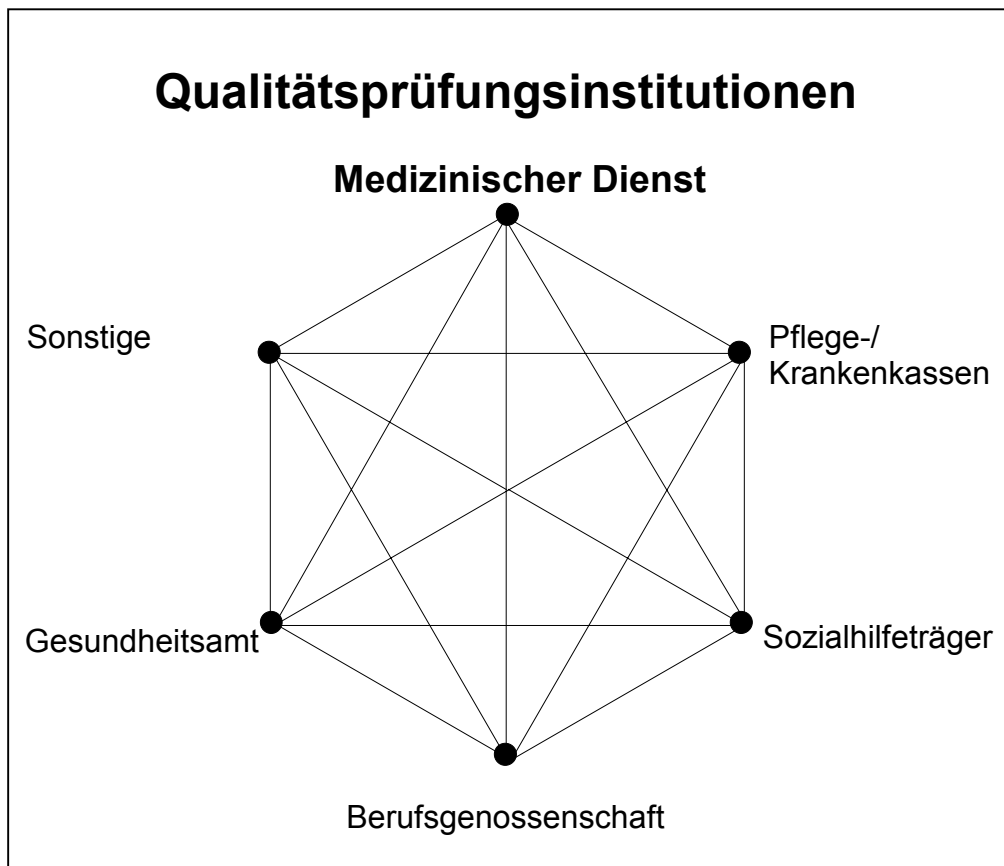
**Für die Prüfberichte gilt keine gesetzliche Aufbewahrungsfrist, soweit diese keine personenbezogenen Daten von Versicherten enthalten.**

Eine mündliche Einverständniserklärung für die Befragung und körperliche Untersuchung des Pflegebedürftigen ist beim Pflegebedürftigen einzuholen. Sofern eine schriftliche Form gewählt wird, kann dazu Anlage 2 genutzt werden. Liegt eine Stellvertreterregelung in Form einer Vollmacht vor, so ist der Stellvertreter dann in die Entscheidung einzubeziehen, wenn der Bewohner sein Einverständnis zur körperlichen Untersuchung nicht äußern kann.

Bei unter Betreuung stehenden Personen muss nur dann eine Zustimmung des Betreuers zur körperlichen Untersuchung des Bewohners eingeholt werden, wenn eine Betreuung mit dem entsprechenden Aufgabenkreis (z.B. Sorge für die Gesundheit, alle Aufgabenkreise) besteht und die sogenannte natürliche Einsichtsfähigkeit (verstehen um was es geht) der unter Betreuung stehenden Person fehlt. Der Wille des einsichtsfähigen Betreuten hat absoluten Vorrang. (vgl. Beck'sche Kurz-Kommentare zum Bürgerlichen Gesetzbuch. Bd. 7 München 2000, S. 1867.)

### III Die Stellung der MDK im Verhältnis zu anderen Qualitätsprüfungsinstitutionen

Die Medizinischen Dienste der Krankenversicherung agieren neben anderen Akteuren als Qualitätsprüfungsinstitutionen.



Soweit erforderlich, stimmen die MDK ihren Auftrag und die Wahrnehmung ihrer Aufgaben mit anderen Institutionen ab, klären mögliche Kooperationen und nehmen Abgrenzungen vor.

Durch § 80 Abs. 2 Satz 1 SGB XI sind die Pflegeeinrichtungen verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen. In den Bundesempfehlungen zu den Rahmenverträgen gemäß § 75 SGB XI ist dies bekräftigt worden.

Der Träger der Pflegeeinrichtung ist dafür verantwortlich, dass Maßnahmen zur internen Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt und durchgeführt werden. Die interne Qualitätssicherung bezieht sich auf jede Einrichtung und umfasst deren Maßnahmen zur Qualitätssicherung.

Bei der externen Qualitätssicherung kann es sich um unterschiedliche Formen von einrichtungsübergreifenden Aktivitäten (z.B. Assessmentrunden für mehrere Einrichtungen), Beratung (z.B. Audits) und Außenkontrolle (z.B. Qualitätsprüfung durch MDK) handeln, sei dies im Rahmen rechtlicher Verpflichtungen oder freiwilliger Initiativen.

Die nachfolgende Übersicht stellt Möglichkeiten von interner und externer Qualitätssicherung dar.

Qualitätssicherung					
intern	extern				
<p>Qualitätsmanagement</p> <p>ist verantwortlich für</p> <p>Qualitätssicherung und -entwicklung</p>     <p>und schließt unterschiedliche Maßnahmen ein:</p> <p>Qualitätszirkel</p> <p>Kundenbefragung</p> <p>Qualitätsbeauftragte</p> <p>Standardentwicklung</p> <p>...</p>	<p>QS-Maßnahmen</p>   <table> <tr> <th>freiwillig</th><th>verpflichtend</th></tr> <tr> <td> <p>Zertifizierung</p> <p>Qualitätssicherungs-konferenz</p> <p>...</p> </td><td> <p>MDK i. A. der Pflegekassen</p> <p>Krankenkassen</p> <p>Sozialhilfeträger</p> <p>...</p> </td></tr> </table>	freiwillig	verpflichtend	<p>Zertifizierung</p> <p>Qualitätssicherungs-konferenz</p> <p>...</p>	<p>MDK i. A. der Pflegekassen</p> <p>Krankenkassen</p> <p>Sozialhilfeträger</p> <p>...</p>
freiwillig	verpflichtend				
<p>Zertifizierung</p> <p>Qualitätssicherungs-konferenz</p> <p>...</p>	<p>MDK i. A. der Pflegekassen</p> <p>Krankenkassen</p> <p>Sozialhilfeträger</p> <p>...</p>				

modifiziert aus: Klie/Lörcher, Freiburg 1995

**Freiwillige externe Qualitätssicherungsmaßnahmen wie z. B. Gütesiegel und Zertifikate ersetzen keine Qualitätsprüfung nach § 80 SGB XI.**

## IV Beratungsorientierter Prüfansatz

Qualität und Qualitätssicherung haben im SGB XI einen hohen Stellenwert. Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind verpflichtet, sich an Maßnahmen zur Qualitätssicherung zu beteiligen.

Darauf aufbauend wird in den vereinbarten Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung der internen Qualitätssicherung in den Pflegeeinrichtungen Priorität eingeräumt.

Unter Berücksichtigung dieser Prioritätensetzung führen die Medizinischen Dienste nach ihrem Qualitätsentwicklungsverständnis eine externe Qualitätsprüfung durch und initiieren die gegebenenfalls notwendigen Impulse zur Qualitätsverbesserung.

Für die MDK-Anleitung wurde ein beratungsorientierter Prüfansatz gewählt. Dieser entspricht einem modernen Qualitätsentwicklungsverständnis, nach dem die Beratung einen wesentlichen Stellenwert einnimmt.

Die MDK sehen die durchzuführenden externen Qualitätsprüfungen somit als eine Einheit von Prüfung, Empfehlung und Beratung.

Ein solches Verständnis der externen Qualitätsprüfung setzt eine intensive Zusammenarbeit mit der Pflegeeinrichtung in allen Phasen des Prüfverfahrens voraus. Der MDK vermittelt der Pflegeeinrichtung in einem Anfangsgespräch sein Aufgabenverständnis und seine Vorgehensweise. Eine solche Transparenz des Verfahrens fördert die notwendige Offenheit der Diskussion zwischen Pflegeeinrichtung und MDK-Gutachterteam.

Im Rahmen der Prüfung ist der aktuelle Status der Einrichtung in Bezug auf die Qualität (Ist-Situation) festzustellen und auf der Basis des allgemein anerkannten Standes der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse mit den relevanten gesetzlichen und gesetzeskonkretisierenden Vorschriften sowie vertraglichen Vereinbarungen abzugleichen.

Die Qualitätsprüfung umfasst jeweils die Erhebung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität. Nur durch diese Gesamtbetrachtung aller drei Dimensionen der Qualität ist eine zutreffende Bewertung der Prüfergebnisse möglich. Die Erhebungsbögen zur Qualitätsprüfung in der Pflegeeinrichtung (Kapitel VI) und zur Qualitätsprüfung beim Pflegebedürftigen (Kapitel VII) sind geeignet, diese erforderliche Gesamtbetrachtung zu gewährleisten. Während mit dem Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung in der Pflegeeinrichtung die Struktur- und Prozessqualität untersucht werden kann, legt der Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung beim Pflegebedürftigen sein Augenmerk auf die Prozess- und Ergebnisqualität.

Aus dem Qualitätsverständnis der MDK ergibt sich, dass die in dieser Anleitung enthaltenen Erhebungsbögen Arbeits- und Organisationsmittel zur Aufgabenerfüllung darstellen, die jeweils der Situation und ggf. der besonderen Problemlage der Pflegeeinrichtung anzupassen sind.

Ausgangspunkte für die Qualitätsprüfung bilden der Stand der internen Qualitätssicherung und die bereits erzielten Ergebnisse. Dies bedeutet, dass die Prüfung sich nicht nur auf die Qualität der Pflege, der Versorgungsabläufe und der Pflegeergebnisse, sondern auch auf den Stand der internen Qualitätssicherung erstreckt.

Der beratungsorientierte Prüfansatz der MDK-Anleitung ermöglicht schon während der Qualitätsprüfung bei festgestellten Qualitätsdefiziten das Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten durch das MDK-Gutachterteam (Impulsberatung). Das Gutachterteam erläutert der Pflegeeinrichtung in einem Abschlussgespräch erste Ergebnisse der Qualitätsprüfung und fördert den Dialog. Unter Berücksichtigung der Ist-Situation werden vom MDK bei festgestellten Qualitätsdefiziten Empfehlungen über notwendige Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung entwickelt. Diese Empfehlungen sind Bestandteil des vom MDK zu erstellenden Berichtes über die Qualitätsprüfung.

Aus dem dargestellten Aufgabenverständnis ergeben sich für die MDK besondere Anforderungen hinsichtlich der Fachkompetenz der Gutachterteams sowie der personellen Ressourcen für diese Aufgaben. Die Akzeptanz der Qualitätsprüfungen hängt vor allem von der Fachkompetenz der in den Gutachterteams eingesetzten Mitarbeiter sowie deren Vorgehensweise in diesem Aufgabenfeld ab.

Obwohl die in § 80 Abs. 2 SGB XI genannten Qualitätsprüfungen Priorität haben, sollte das Aufgaben- und Qualitätsverständnis der MDK sich nicht darauf beschränken. Die Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der stationären Pflege ermöglichen bereits Konsultationen. Anlass für Konsultationen können Be-

schwerden sein, die nicht ausreichen, um eine umfassende Qualitätsprüfung einzuleiten. Auch in diesen Fällen können die MDK beteiligt werden und Pflegeeinrichtungen und Pflegekassen fachlich beraten. Die MDK können den Landesverbänden der Pflegekassen ihre Bereitschaft zur Unterstützung und Begleitung interner Qualitätssicherungsmaßnahmen von Pflegeeinrichtungen signalisieren und auch in diesem Tätigkeitsfeld im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen tätig werden.

Darüber hinaus kommt es darauf an, die Erfahrungen der MDK aus den Qualitätsprüfungen von Pflegeeinrichtungen auch in die Wahrnehmung anderer Aufgaben des Pflegeversicherungsgesetzes einfließen zu lassen. Dies gilt unter anderem für die Begutachtungstätigkeit der MDK, die Mitberatung in Struktur- und Versorgungsfragen sowie die Beratung in gemeinsamen Gremien. Außerdem können die Erfahrungen aus den Qualitätsprüfungen auch für die Konzipierung und Weiterentwicklung der Pflegestatistik nach § 109 Abs. 2 SGB XI genutzt werden. Durch diese Vernetzung wird einem umfassenden Qualitätsverständnis Rechnung getragen und ein Beitrag zur Verbesserung der gesamten Pflegeinfrastruktur geleistet.

Qualitätssicherung ist ein Prozess, der kontinuierlich weitergeführt werden muss. Insofern bedarf auch die vorliegende Anleitung einer laufenden Fortschreibung.

## V Verfahrensablauf

Nach § 80 SGB XI in Verbindung mit den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI ist eine Qualitätsprüfung über die Landesverbände der Pflegekassen einzuleiten.

Anlaufstelle ist die Hauptverwaltung des jeweiligen Medizinischen Dienstes (MDK). Innerhalb der Hauptverwaltung ist diejenige Stelle festzulegen, welche die Koordination aller mit der Qualitätsprüfung zusammenhängenden Aufgaben übernimmt. Das kann z.B. der Leitende Arzt, die Leitende Pflegefachkraft oder der Pflegereferent sein. Die Qualitätsprüfung kann von dieser Stelle unmittelbar durchgeführt oder auf andere entsprechend qualifizierte, zentral oder dezentral angesiedelte Mitarbeiter delegiert werden. Die Durchführung erfolgt hauptsächlich durch Pflegefachkräfte. Zu empfehlen ist die Bildung von Gutachterteams (Pflegefachkraft/Pflegefachkraft bzw. Pflegefachkraft/Arzt). Hierbei müssen Kriterien wie pflegefachliche Kompetenz, Führungskompetenz im pflegerischen Bereich ebenso Berücksichtigung finden wie Kenntnisse im Bereich der Qualitätssicherung.

Nach § 80 SGB XI sind Qualitätsprüfungen in Form von Einzelprüfungen, Stichprobenprüfungen oder vergleichenden Prüfungen durchzuführen.

Bei Einzelprüfungen handelt es sich im Regelfall um anlassbezogene Prüfungen (z.B. Beschwerden).

Bei Stichprobenprüfungen soll aus allen zugelassenen Pflegeeinrichtungen (Grundgesamtheit) eine repräsentative Auswahl nach dem Zufallsprinzip vorgenommen werden. Stichprobenprüfungen erfolgen in einem festgelegten Turnus. Pflegeeinrichtungen, die in Einzelfall- oder in frühere Stichprobenprüfungen einbezogen waren, fallen aus der Grundgesamtheit heraus. Eine geeignete Stichprobengröße ist auf Landesebene festzulegen.

Vergleichende Prüfungen können z.B. stattfinden bei Pflegeeinrichtungen:

- die in demselben Ort, demselben Bezirk, derselben Region, demselben Bundesland, im gesamten Bundesgebiet angesiedelt sind,
- die eine vergleichbare Struktur aber sehr divergierende Pflegesätze/Vergütungssätze haben,
- die unterschiedlichen Trägerorganisationen angehören,
- bei denen eine Einzelfall- oder Stichprobenprüfung durchgeführt worden ist.

Der Prüfauftrag wird schriftlich von den Landesverbänden der Pflegekassen an die Hauptverwaltung des jeweils zuständigen MDK vergeben. Im Prüfauftrag wird der der Prüfung zugrunde liegende Sachverhalt beschrieben. Zum Prüfauftrag gehören relevante Unterlagen wie z.B. Ergebnisse der Vorermittlungen, Versorgungsvertrag, Strukturhebungsbogen, Vergütungsvereinbarung etc.. Weiterhin wird im Prüfauftrag der Prüfungsgegenstand und der Umfang der Prüfung beschrieben.

Das Terminierungsverfahren der Prüfungen wird zwischen Landesverbänden der Pflegekassen und MDK abgestimmt. Andere Institutionen (Sozialhilfeträger, Gesundheitsämter etc.) sind bedarfsweise einzubeziehen. Der Termin der Prüfung ist der Pflegeeinrichtung mitzuteilen. Der Träger der Pflegeeinrichtung sowie der Verband, dem der Träger angehört, sind über die Prüfung, die Durchführung, den Umfang, den Gegenstand und den Zeitpunkt der Prüfung zu informieren. Bei Prüfaufträgen, denen ein schwerwiegender Anlass zugrunde liegt, ist eine Terminankündigung unmittelbar vor der Prüfung, z.B. per Fax, ausreichend. Soweit landesrechtliche Regelungen dies vorsehen, sind auch unangemeldete Prüfungen möglich.

Wird die Prüfung von einer zentralen Stelle des MDK durchgeführt, sollten Informationen, Besonderheiten und Erfahrungen der örtlich zuständigen MDK-Beratungsstelle und der regionalen Pflegekassen in die Vorbereitung der Prüfung miteinbezogen werden.

Von den in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen ist deren Einwilligung einzuholen (bei Betreuung siehe Seite 10). Sie sind darüber zu informieren, dass die Verarbeitung der erhobenen Daten und Informationen unter Berücksichtigung der Vorschriften des Datenschutzes erfolgt. Der Schutz der Intimsphäre ist unbedingt zu beachten.

Kriterien für die Einbeziehung von Pflegebedürftigen sollten sein: die Pflegestufenverteilung, die Dauer der Versorgung durch den Pflegedienst (Pflegebedürftige mit kurzer, mittlerer und langer Versorgungsdauer), oder

sonstige Besonderheiten (z.B. Pflegebedürftige mit Sondenernährung, Diabetes oder Dekubitus), bei anlassbezogenen Prüfungen der Beschwerdeführer. In die Prüfung einbezogen werden sollten 5% der Pflegebedürftigen oder mehr, mindestens jedoch 3 Pflegebedürftige.

Für die Prüfung der Struktur- und Prozessqualität der Einrichtung ist der Erhebungsbogen nach Kapitel VI, für die Prüfung der Prozess- und Ergebnisqualität beim Pflegebedürftigen ist der Erhebungsbogen nach Kapitel VII zu verwenden. Für die Auswertung der bei der Prüfung der Einrichtung und bei den Besuchen der Pflegebedürftigen gewonnenen Erkenntnisse sind die zu den Erhebungsbögen erarbeiteten Prüfanleitungen (Kapitel VIII und IX) zu verwenden.

Neben den in Anlage 1 aufgeführten Unterlagen ist die Pflegedokumentation elementarer Bestandteil der Prüfung. Es sind mindestens die Pflegedokumentationen der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen zu sichten und zu bewerten, erforderlichenfalls ist die Prüfung auf weitere Pflegedokumentationen auszuweiten. Geprüft werden sollten Pflegedokumentationen unterschiedlicher Pflegestufen. Die Prüfung hat sich auf die letzten Monate zu erstrecken.

Unmittelbar nach Durchführung der Prüfung sollte ein zusammenfassendes Abschlussgespräch mit den an der Prüfung Beteiligten erfolgen. Der MDK erstellt in der Regel innerhalb von 4 Wochen nach Durchführung der Prüfung einen Prüfbericht, der den Gegenstand und das Ergebnis der Prüfung enthält sowie ggf. Maßnahmen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten aufzeigt. Bei der Erstellung des Prüfberichtes ist nach der Arbeitshilfe für den Prüfbericht (Anlage 3) vorzugehen. Der Prüfbericht ist den Landesverbänden der Pflegekassen zuzuleiten. Wurden als Ergebnis der Prüfung Qualitätsmängel festgestellt, hat die Pflegeeinrichtung im Rahmen einer Anhörung durch die Landesverbände der Pflegekassen dazu eine schriftliche Stellungnahme abzugeben. Die Landesverbände der Pflegekassen entscheiden unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Anhörung, ob und ggf. welche Maßnahmen zur Mängelbeseitigung erforderlich sind. Der Träger der Pflegeeinrichtung erhält hierüber von den Landesverbänden der Pflegekassen einen schriftlichen Bescheid mit einer angemessenen Frist zur Mängelbeseitigung. Nach Fristablauf ist die Mängelbeseitigung zu überprüfen. Je nach Art der beanstandeten Mängel sollte dies entweder durch den MDK oder die Landesverbände der Pflegekassen erfolgen.

Dem MDK sind die Ergebnisse der Anhörung sowie der Inhalt des Bescheides an die Pflegeeinrichtung bekanntzugeben. Bei Festlegung und Durchführung der Maßnahmen, die aus der Umsetzung der Anhörung und des Bescheides resultieren, bieten die MDK den Pflegekassen die aktive Mitwirkung an.



## **VI Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung in der Pflegeeinrichtung**

Bei den geschlossenen Fragen sind als Antwortkategorien vorgesehen:

- ja
- nein
- t.n.z. = trifft nicht zu

Zusätzlich kann unter E. = Empfehlung markiert werden, ob sich aus der Frage eine Empfehlung herleiten lässt.

Festgestellte Qualitätsdefizite sollten per Freitext kurz beschrieben werden.

## 1. Allgemeine Angaben zu der Einrichtung

### 1.1 Datum der Prüfung:

vom \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### Uhrzeit der Prüfung:

1. Tag von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

2. Tag von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

3. Tag von \_\_\_\_\_ bis \_\_\_\_\_

### 1.2 Prüfende(r) Gutachter:

---

---

---

### ggf. Mitarbeiter der Pflegekasse:

---

---

---

### Gesprächspartner der Einrichtung:

---

---

---

### Sonstige:

---

---

---

---

### 1.3

## Prüfungsanlass nach § 80 SGB XI

- ☐ Einzel-/Anlassprüfung
 ☐ Stichprobe
 ☐ vergl. Prüfung-  
☐ Wiederholungsprüfung / Evaluation
- ☐ Beschwerde  
☐ Hinweise von anderen Institutionen  
☐ sonstige Hinweise  
☐ Sonstiges

---

---

---

## 1.4

**Name und Träger der Einrichtung sowie verantwortliche Personen**

**Name des Pflegedienstes:**

---

**Träger / Inhaber des Pflegedienstes:**

---

**ggf. vorhandene Zweigstellen / Filialen:**

---

**Leiter des Pflegedienstes:**

---

**Verantwortliche Pflegefachkraft:**

---

**Stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft:**

---

## 1.5

**Seit wann besteht die Einrichtung?**  
seit:

1.6 Werden Pflegeverträge mit den Pflegebedürftigen abgeschlossen? ☐ ☐ ☐

---



---



---

1.7 Versorgungssituation

Gesamtzahl aller versorgten Personen (SGB V, SGB XI, sonstige Kostenträger, Selbstzahler)		davon nach SGB XI eingestuft in Pflegestufe				
	0	I	II	III	davon Härte- fälle	(noch) nicht eingestuft

1.8 Räumliche Ausstattung der Einrichtung? ☐

1.8.1 Geschäftsräume sind vorhanden ☐ ☐

1.8.2 Räumlichkeiten und Ausstattung bieten Möglichkeit zur Teambesprechung ☐ ☐

1.8.3 Personenbezogene Unterlagen werden für Unbefugte unzugänglich aufbewahrt ☐ ☐

1.8.4 Wohnungsschlüssel der Pflegebedürftigen werden in einem abschließbaren Schlüsselkasten aufbewahrt ☐ ☐

---



---



---

1.9 Welche Pflegehilfsmittel / Hilfsmittel stehen zur Verfügung? ☐

---



---



---

1.10 Bestehen Kooperationsvereinbarungen? ☐ ☐  
Wenn ja: Welche?

---



---



---

- 1.11 Wie wird die Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung / Betreuung Beteiligten gestaltet? ☐

---



---



---

## 2. Pflege theoretische Grundlagen

- 2.1 Liegt ein pflegfachlicher Schwerpunkt vor? ☐ ☐  
Wenn ja: Welcher?

---

- 2.2 Verfügt die Pflegeeinrichtung über ein Pflegeleitbild? ☐ ☐ ☐

---



---



---

- 2.3 Liegt ein Pflegekonzept schriftlich vor? ☐ ☐ ☐

---



---

- 2.3.1 Befasst sich die Einrichtung mit der Entwicklung eines Pflegekonzeptes? ☐ ☐ ☐ ☐

---



---



---

### 3. Pflegemanagement

#### 3.1 Aufbauorganisation Personal

3.1.1 Erfüllt die verantwortliche Pflegefachkraft die Anforderungen der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI? ☐ ☐ ☐

---



---



---

3.1.1.1 Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in dieser Einrichtung? ☐  
Stunden

---



---



---



---

3.1.1.2 Nimmt die verantwortliche Pflegefachkraft ihre Aufgaben wahr? ☐ ☐ ☐

---



---



---

3.1.2 Erfüllt die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft die Anforderungen der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI? ☐ ☐ ☐

---



---



---

## 3.1.3

**Zusammensetzung Pflegepersonal**

<b>Pflegepersonal</b>							
	Vollzeit		Teilzeit			geringfügig Beschäftigte	
Geeignete Kräfte:	Anzahl MA	St.- umfang	Anzahl MA	St.-umfang	Gesamt-st.	Anzahl MA	St.- umfang
Krankenschwestern/- pfleger							
”							
”							
”							
”							
”							
Kinderkrankenschwestern/- pfleger							
”							
”							
”							
staatlich anerkannte Alten- pfleger(innen)							
”							
”							
”							
”							
”							
Auszubildende							
Zivildienstleistende							
Freiwilliges soz. Jahr							
angelernte Kräfte							

- 3.1.4 **Liegt in der Pflegeeinrichtung eine aktuelle Namensliste der Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?** ☐ ☐ ☐

---



---



---

- 3.1.5 **Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege beschäftigten Mitarbeiter verbindlich geregelt (z.B. durch Stellenbeschreibungen)?** ☐ ☐ ☐

---



---



---

## 3.2 Ablauforganisation

- 3.2.1 **Ist die pflegerische Arbeit nach dem System der Ganzheitspflege organisiert?** ☐ ☐ ☐

---



---



---

- 3.2.2 **Wie wird die fachliche Überprüfung der Pflege durch Pflegefachkräfte gewährleistet?** ☐

---



---



---

- 3.2.3 **Werden Pflegekräfte (nicht Pflegefachkräfte) entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt?** ☐ ☐ ☐  
**Wenn ja: Wie?**

---



---



---



3.2.4 **Liegen geeignete Dienstpläne vor?** ☐ ☐ ☐

---



---



---

3.2.5 **Liegen Einsatz-/Tourenpläne vor?** ☐ ☐ ☐

---



---



---

3.2.6 **Lässt die Dienstplangestaltung die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen zu?** ☐ ☐ ☐

---



---



---

3.2.7 **Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes rund-um-die-Uhr und an Sonn- und Feiertagen sichergestellt?  
Wenn ja: Wie?** ☐ ☐ ☐

---



---



---

### 3.3 Qualitätsmanagement

3.3.1 **Ist die betriebliche Zuständigkeit für die Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne des Qualitätsmanagements geregelt?** ☐ ☐ ☐

---



---



---

3.3.2

Werden Maßnahmen der externen Qualitätssicherung durchgeführt?  
Wenn ja: Welche?

☐ ☐


---



---



---

3.3.3

Werden Maßnahmen der internen Qualitätssicherung durchgeführt?  
Wenn ja: Welche?

☐ ☐
☐


---



---



---

3.3.4

Gibt es pflegebezogene Fortbildungen?  
Wenn ja: Welche?

☐ ☐
☐


---



---

3.3.4.1

Liegt ein prospektiver Fortbildungsplan vor?

☐ ☐

3.3.4.2

Finden Fortbildungen innerhalb der Arbeitszeit statt?

☐ ☐

3.3.4.3

Werden alle Mitarbeiter in die Fortbildung einbezogen?

☐ ☐


---



---



---

3.3.5

Werden aktuelle Fachliteratur und Fachzeitschriften für die Mitarbeiter der Einrichtung zugänglich vorgehalten?  
Wenn ja: Welche?

☐ ☐
☐


---



---



---

3.3.6 Wird ein Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter angewandt? ☐ ☐ ☐

---



---



---

3.3.7 Welche Methoden zur Sicherstellung der Informationsweitergabe werden genutzt? ☐

---



---



---

3.3.8 Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen für Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Pflegebedürftigen? ☐ ☐ ☐  
Wenn ja: Welche?

---



---



---

3.3.9 Wird nach einem Hygienestandard / Hygieneplan gearbeitet? ☐ ☐ ☐

---



---



---

3.3.10 Gibt es in der Pflegeeinrichtung Regelungen zum Umgang mit Beschwerden? ☐ ☐ ☐  
Wenn ja: Welche?

---



---



---

### 3.4 *Beratung*

3.4.1 **Stellt die Einrichtung ihre Leistungen schriftlich dar?** ☐ ☐ ☐

---



---



---

3.4.2 **In welcher Form werden Beratungsfunktionen wahrgenommen?** ☐

---



---



---

3.4.3 **Werden Pflegeeinsätze nach § 37 SGB XI durch Pflegefachkräfte sichergestellt?** ☐ ☐ ☐ ☐

---



---



---

## 4. **Pflegedokumentation**

4.1 **Liegt ein einheitliches Pflegedokumentationssystem vor?** ☐ ☐ ☐

---



---



---

4.2 Welche Informationen können grundsätzlich mit dem angewandten Pflegedokumentationssystem systematisch erfasst werden bzw. welche Elemente umfasst das angewandte Pflegedokumentationssystem? ☐

4.2.1 Stammdaten ☐ ☐

4.2.2 Pflegeanamnese ☐ ☐

4.2.3 Biografie ☐ ☐

4.2.4 Probleme und Fähigkeiten, Ziele und geplante Maßnahmen sowie die Evaluation der Ergebnisse ☐ ☐

4.2.5 Durchführungsnachweis / Leistungsnachweis ☐ ☐

4.2.6 Pflegebericht ☐ ☐

4.2.7 Lagerungsplan ☐ ☐

4.2.8 Trink-/Bilanzierungsplan ☐ ☐

4.2.9 Überleitungsbogen ☐ ☐

---



---



---

## 5. Sonstiges

5.1 Wie war die Kooperation mit den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung bei der Qualitätsprüfung?

5.1.1 Auskünfte wurden bereitwillig erteilt ☐ ☐

5.1.2 Erforderliche Unterlagen wurden vorlegt ☐ ☐

**Bemerkungen:**

---

---

---

---

**Datum und Unterschriften:**

---

## VII Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung beim Pflegebedürftigen

Der Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung beim Pflegebedürftigen enthält u. a. Fragen, die aus Sicht der Pflegebedürftigen und / oder deren Angehörigen beantwortet werden sollen. Die MDK-Anleitung trägt damit der Tatsache Rechnung, dass Qualität aus unterschiedlichen Sichtweisen beurteilt werden kann. Die Perspektive des Pflegebedürftigen bildet einen Schwerpunkt. **Es wird ausdrücklich darauf hingewiesen, dass den Pflegebedürftigen die Beantwortung der Fragen nicht immer möglich ist. Für diese Fälle ist die Antwortkategorie „keine Angabe (k.A.)“ vorgesehen.** Die Ergebnisse der Fragen an den Pflegebedürftigen bzw. seine Angehörigen können zur Feststellung der Qualität das Gesamtbild ergänzen und werden bei der Bewertung durch den Gutachter mit einbezogen.

Bei den geschlossenen Fragen sind als Antwortkategorien vorgesehen:

- ja
- nein
- t.n.z. = trifft nicht zu
- k.A. = keine Angabe

Zusätzlich kann unter:

- A/S = Angehörige / Sonstige markiert werden, ob die Frage durch Angehörige oder sonstige Personen und nicht durch den Pflegebedürftigen beantwortet wurde,
- E. = Empfehlung markiert werden, ob sich aus der Frage eine Empfehlung herleiten lässt.

Festgestellte Qualitätsdefizite sollten per Freitext kurz beschrieben werden.

Der Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung beim Pflegebedürftigen ist so angelegt, dass jeweils für bis zu 5 Personen (P1 - P 5) die Erfassung von Daten bei den einzelnen Fragen möglich ist.

## 1. Allgemeine Angaben

1.1

### Angaben zum Pflegebedürftigen

	Name	Geb.-Dat.	Anschrift	Pflege- kasse	Pflege- stufe	Pflegerelevante Diagnose(n)
P 1						
P 2						
P 3						
P 4						
P 5						

ja	nein	t.n.z.	k.A.	A/S	E.
----	------	--------	------	-----	----

1.2

### Ist der Pflegebedürftige mit der Befragung einverstanden?

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1.3

### Ist der Pflegebedürftige mit der Feststellung des Pflegezustandes einverstanden?

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



1.4

**Vorhandene Unterlagen**

P 1

P 2

P 3

P 4

P 5

1.5

**Anwesende Personen****Gutachter:****Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung (mit Funktion und Qualifikation):**

P 1

P 2

P 3

P 4

P 5

**Sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer):**

P 1

P 2

P 3

P 4

P 5

## 2. Rahmenbedingungen der individuellen Leistungserbringung

Wenn der Pflegebedürftige nicht auskunftsfähig ist und keine sonstigen Personen (Angehörige, Betreuer o.ä.) anwesend sind: weiter mit 3.8.

### 2.1 Erstkontakt / Betreuungsbeginn

Wenn sich der Pflegebedürftige nicht mehr an den Erstkontakt erinnern kann und keine sonstigen Personen (Angehörige, Betreuer o.ä.) anwesend sind: weiter mit 2.3.

#### 2.1.1

Erhielten Sie zu Beginn der Pflege durch die Pflegeeinrichtung Informationen über deren Leistungsangebot?

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 2.1.2

Wurden Ihre Wünsche und Erwartungen zur Versorgung beim Erstgespräch bzw. der Anamneseerhebung erfragt?

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 2.1.3

Werden Ihre Wünsche und Erwartungen berücksichtigt?

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.1.4

**Besteht ein Pflegevertrag?**

P 1

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 2

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 3

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 4

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 5

☐ ☐
☐ ☐ ☐

2.1.5

**Welche Leistungen sind mit dem Pflegedienst vereinbart?**

P 1

☐ ☐

P 2

☐ ☐

P 3

☐ ☐

P 4

☐ ☐

P 5

☐ ☐

2.1.6

**Werden die vereinbarten Leistungen durchgeführt?****Wenn nein: Warum nicht?**

P 1

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 2

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 3

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 4

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 5

☐ ☐
☐ ☐ ☐

2.1.7

**Wurden Sie durch die Pflegeeinrichtung vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie selbst übernehmen müssen?**

P 1

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 2

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 3

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 4

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 5

☐ ☐
☐ ☐ ☐

## 2.2 Organisatorische Absprachen und Erreichbarkeit

### 2.2.1 Sind mit dem Pflegedienst feste Einsatzzeiten vereinbart?

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2.2.2 Wurden Ihre Wünsche bei diesen Zeitvereinbarungen berücksichtigt?

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2.2.3 Werden diese Zeiten eingehalten?

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 2.2.4 Ist der Pflegedienst täglich Rund um die Uhr, auch nachts, für Sie erreichbar?

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2.2.5

**Konnten Sie den Pflegedienst bisher jederzeit bei Bedarf erreichen?**

**Wenn nein: Wann?**

P 1

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 2

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 3

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 4

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 5

☐ ☐
☐ ☐ ☐

2.3

**Personal**

2.3.1

**Kommen immer dieselben Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung zu Ihnen?**

P 1

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 2

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 3

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 4

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 5

☐ ☐
☐ ☐ ☐

2.3.2

**Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?**

P 1

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 2

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 3

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 4

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 5

☐ ☐
☐ ☐ ☐

2.3.3

**Werden Sie von den Mitarbeitern immer so angesprochen, wie Sie es wünschen?**

P 1

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 2

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 3

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 4

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 5

☐ ☐
☐ ☐ ☐

2.3.4

**Haben Sie den Eindruck, dass alle Mitarbeiter, die zu Ihnen kommen, über Ihre aktuelle persönliche Pflegesituation gut informiert sind?**

P 1

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 2

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 3

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 4

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 5

☐ ☐
☐ ☐ ☐

### 3. Berücksichtigung individueller Bedürfnisse im Rahmen der direkten Pflege

#### 3.1 Individuelle Pflegeberatung

3.1.1

**Hat der Pflegedienst Anleitung bei pflegerischen Hilfen angeboten?**

P 1

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 2

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 3

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 4

☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 5

☐ ☐
☐ ☐ ☐

3.1.2

**Wenn Sie oder Ihre Angehörigen schon einmal Fragen bezüglich Ihrer Versorgung an die Pflegeeinrichtung hatten: Waren Sie mit der Beratung der Pflegeeinrichtung zu diesen Fragen zufrieden?**

P 1

☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 2

☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 3

☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 4

☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐

P 5

☐ ☐ ☐
☐ ☐ ☐

## 3.2 Körperpflege

### 3.2.1

Werden Sie von den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3.2.2

Wird die Körperpflege Ihren individuellen Wünschen entsprechend erbracht?

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3.2.3

Werden Sie von den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber anzuziehen?

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3.2.4

Fragen die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3.2.5

**Achten die Mitarbeiter darauf, dass Sie Ihre Brille / Ihr Hörgerät / Ihre Zahnprothese tragen?**

P 1

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

P 2

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

P 3

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

P 4

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

P 5

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3.3

### Ernährung

3.3.1

**Nimmt sich die Pflegekraft ausreichend Zeit bei der Hilfe zur mundgerechten Zubereitung der Nahrung und/oder der Nahrungsaufnahme?**

P 1

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

P 2

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

P 3

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

P 4

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

P 5

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

3.3.2

**Achten die Mitarbeiter des Pflegedienstes bei der Hilfe zur mundgerechten Zubereitung der Nahrung und/oder der Nahrungsaufnahme auf eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme?**

P 1

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

P 2

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

P 3

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

P 4

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

P 5

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------



### 3.4 Mobilität

#### 3.4.1 Lässt sich die Pflegekraft genügend Zeit bei der Hilfe beim Aufstehen und Zubettgehen?

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 3.4.2 Werden Gehhilfen oder andere Hilfsmittel zur Mobilität nach ihren Bedürfnissen eingesetzt?

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3.5 Soziale Betreuung unbesetzt

### 3.6 Hauswirtschaftliche Versorgung

#### 3.6.1 Sind Sie mit den Leistungen des Pflegedienstes zur hauswirtschaftlichen Versorgung zufrieden? Wenn nein: Warum nicht?

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3.7 Zufriedenheit

#### 3.7.1 Sind Sie insgesamt mit der Betreuung durch die Pflegeeinrichtung zufrieden?

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 3.7.2 Haben Sie sich bei der Pflegeeinrichtung schon einmal beschwert? Wenn ja: Warum?

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 3.7.3 Hat sich nach der Beschwerde etwas zum Positiven verändert?

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 3.7.4 Haben Sie noch Wünsche zur Betreuung durch die Pflegeeinrichtung? Wenn ja: Welche?

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3.8 Pflegerelevante Beobachtungen

#### 3.8.1 Ist der Umgang der Pflegekraft mit dem Pflegebedürftigen angemessen?

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 3.8.2 Sind bei dem Pflegebedürftigen freiheitseinschränkende Maßnahmen festzustellen?

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 3.8.2.1 Mit Zustimmung des Pflegebedürftigen oder richterlicher Genehmigung oder bei Vorliegen eines rechtfertigenden Notstandes?

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 3.8.3

**Gewicht und Körpergröße laut Schätzung sowie Ernährungs-  
zustand des Pflegebedürftigen?**

	Kg	cm		
P 1				<input type="checkbox"/>
P 2				<input type="checkbox"/>
P 3				<input type="checkbox"/>
P 4				<input type="checkbox"/>
P 5				<input type="checkbox"/>

3.8.4

**Wie ist der Pflegezustand des Pflegebedürftigen?****P 1**☐


---



---



---



---

**P 2**☐


---



---



---



---

**P 3**☐


---



---



---



---

**P 4**☐


---



---



---



---

**P 5**☐


---



---



---



---



---

#### 4. Pflegedokumentation und Umsetzung des Pflegeprozesses

4.1

Wird die Pflegedokumentation beim Pflegebedürftigen aufbewahrt?

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.2

Wurde ein Erstgespräch durchgeführt?

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch PFK <input type="checkbox"/>			
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch PFK <input type="checkbox"/>			
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch PFK <input type="checkbox"/>			
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch PFK <input type="checkbox"/>			
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch PFK <input type="checkbox"/>			

4.3

Wurden alle Stammdaten in der Pflegedokumentation erfasst?

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.4	<b>Ist eine Pflegeanamnese erstellt worden?</b>			
	P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	durch PFK <input type="checkbox"/>			
	P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	durch PFK <input type="checkbox"/>			
	P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	durch PFK <input type="checkbox"/>			
	P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	durch PFK <input type="checkbox"/>			
	P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	durch PFK <input type="checkbox"/>			
<hr/>				
4.4.1	<b>Enthält die Pflegeanamnese Angaben zur Biografie?</b>			
	P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
4.4.2	<b>Enthält die Pflegedokumentation differenzierte Aussagen zu Ressourcen / Fähigkeiten und Problemen / Defiziten des Pflegebedürftigen?</b>			
	P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>				
4.5	<b>Sind individuelle Pflegeziele formuliert?</b>			
	P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	durch PFK <input type="checkbox"/>			
	P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	durch PFK <input type="checkbox"/>			
	P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	durch PFK <input type="checkbox"/>			
	P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	durch PFK <input type="checkbox"/>			
	P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	durch PFK <input type="checkbox"/>			
<hr/>				

4.5.1

**Sind die Nahziele überprüfbar?**

P 1

☐ ☐
☐

P 2

☐ ☐
☐

P 3

☐ ☐
☐

P 4

☐ ☐
☐

P 5

☐ ☐
☐

4.6

**Sind auf der Grundlage der Probleme und Ressourcen individuelle Pflegemaßnahmen zur Erreichung der Pflegeziele geplant?**

P 1

☐ ☐
☐
durch PFK ☐

P 2

☐ ☐
☐
durch PFK ☐

P 3

☐ ☐
☐
durch PFK ☐

P 4

☐ ☐
☐
durch PFK ☐

P 5

☐ ☐
☐
durch PFK ☐

4.6.1

**Ist vom Pflegedienst dokumentiert, welche Leistungen innerhalb des Pflegeprozesses durch den Pflegebedürftigen, Angehörige, den Pflegedienst oder andere Pflegepersonen erbracht werden können?**

P 1

☐ ☐
☐

P 2

☐ ☐
☐

P 3

☐ ☐
☐

P 4

☐ ☐
☐

P 5

☐ ☐
☐

4.6.2

**Werden bei der individuellen Pflegeprozessplanung prophylaktische Maßnahmen berücksichtigt?**

P 1

☐ ☐
☐

P 2

☐ ☐
☐

P 3

☐ ☐
☐

P 4

☐ ☐
☐

P 5

☐ ☐
☐



4.6.3

**Spiegelt die Pflegedokumentation die Anwendung von Pflegestandards/Richtlinien/Leitlinien wider?**

P 1

☐ ☐
☐

P 2

☐ ☐
☐

P 3

☐ ☐
☐

P 4

☐ ☐
☐

P 5

☐ ☐
☐

4.6.3.1

**Sind die angewandten Pflegestandards/Richtlinien/Leitlinien der individuellen Situation des Pflegebedürftigen angepasst?**

P 1

☐ ☐
☐

P 2

☐ ☐
☐

P 3

☐ ☐
☐

P 4

☐ ☐
☐

P 5

☐ ☐
☐

4.7

**Wird die Durchführung der geplanten Maßnahmen dokumentiert und von den durchführenden Mitarbeitern mit Handzeichen bestätigt?**

P 1

☐ ☐
☐

P 2

☐ ☐
☐

P 3

☐ ☐
☐

P 4

☐ ☐
☐

P 5

☐ ☐
☐

4.8

**Enthält der Pflegebericht regelmäßig Angaben zu Veränderungen, Befindlichkeiten des Pflegebedürftigen, Reaktionen auf pflegerische Maßnahmen, Abweichungen von den geplanten Maßnahmen?**

P 1

☐ ☐
☐

P 2

☐ ☐
☐

P 3

☐ ☐
☐

P 4

☐ ☐
☐

P 5

☐ ☐
☐

4.8.1

**Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?**

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.9

**Werden Pflegeergebnisse regelmäßig überprüft und definierte Pflegeziele und geplante Pflegemaßnahmen angepasst?**

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch PFK <input type="checkbox"/>			
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch PFK <input type="checkbox"/>			
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch PFK <input type="checkbox"/>			
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch PFK <input type="checkbox"/>			
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
durch PFK <input type="checkbox"/>			

4.10

**Wird ein Überleitungsbogen angewandt?**

P 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
P 5	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4.11

**Wird bei Dekubitusgefahr bzw. vorliegendem Dekubitus mit dieser Situation sachgerecht umgegangen?**

P 1

☐ ☐ ☐ ☐


---



---



---



---

P 2

☐ ☐ ☐ ☐


---



---



---



---

P 3

☐ ☐ ☐ ☐


---



---



---



---

P 4

☐ ☐ ☐ ☐


---



---



---



---

P 5

☐ ☐ ☐ ☐


---



---



---



---

4.12

**Wird bei Pflegebedürftigen mit Einschränkungen in der selbstständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?**

P 1

☐ ☐ ☐ ☐


---

---

---

---

P 2

☐ ☐ ☐ ☐


---

---

---

---

P 3

☐ ☐ ☐ ☐


---

---

---

---

P 4

☐ ☐ ☐ ☐


---

---

---

---

P 5

☐ ☐ ☐ ☐


---

---

---

---

---

4.13

**Wird bei Pflegebedürftigen mit Inkontinenz mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?**

P 1

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

---



---



---



---

P 2

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

---



---



---



---

P 3

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

---



---



---



---

P 4

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

---



---



---



---

P 5

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

---



---



---



---



---

4.14

**Wird bei Pflegebedürftigen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?**

P 1

☐ ☐ ☐ ☐


---



---



---



---

P 2

☐ ☐ ☐ ☐


---



---



---



---

P 3

☐ ☐ ☐ ☐


---



---



---



---

P 4

☐ ☐ ☐ ☐


---



---



---



---

P 5

☐ ☐ ☐ ☐


---



---



---



---



---

4.15

**Umgang mit sonstigen Pflegesituationen?****P 1**☐


---



---



---



---

**P 2**☐


---



---



---



---

**P 3**☐


---



---



---



---

**P 4**☐


---



---



---



---

**P 5**☐


---



---



---



---



---

4.16

Entsprechen die geplanten und durchgeführten Maßnahmen dem aktuellen Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse?

Wenn nein: Welche?

P 1

☐ ☐
☐

P 2

☐ ☐
☐

P 3

☐ ☐
☐

P 4

☐ ☐
☐

P 5

☐ ☐
☐

4.17

Ist nach Abgleich des Dienstplanes und des Einsatz- oder Tourenplanes mit der Pflegedokumentation in Verbindung mit der Handzeichenliste eine personelle Kontinuität ersichtlich?

P 1

☐ ☐
☐

P 2

☐ ☐
☐

P 3

☐ ☐
☐

P 4

☐ ☐
☐

P 5

☐ ☐
☐

5.

Sonstiges

P 1

P 2

P 3

P 4

P 5

Datum und Unterschriften:



## VIII Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung in der Pflegeeinrichtung

In der Prüfanleitung werden nur die Fragen aus dem Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung in der Einrichtung aufgeführt, zu denen Erläuterungen erforderlich sind.

### 1. Allgemeine Angaben zu der Einrichtung

1.3

#### Prüfungsanlass nach § 80 SGB XI

- ☐ Einzel- ☐ Stichprobe ☐ vergl. Prüfung  
 /Anlassprüfung  
☐ Wiederholungsprüfung / Evaluation  
  
☐ Beschwerde  
☐ Hinweise von anderen Institutionen  
☐ sonstige Hinweise  
☐ Sonstiges

Hier ist der Anlass der Prüfung anzugeben. Soweit aus dem Prüfauftrag des auftraggebenden Landesverbandes der Pflegekasse bekannt ist, ob eine Beschwerde oder ein Hinweis die Prüfung ausgelöst hat, ist dies ebenfalls anzugeben.

1.6

#### Werden Pflegeverträge mit den Pflegebedürftigen abgeschlossen?

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- nach Aussage der Einrichtung Pflegeverträge mit den Pflegebedürftigen angeboten oder abgeschlossen werden und
- ein Mustervertrag vorgelegt werden kann.

1.7

#### Versorgungssituation

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

1.8

#### Räumliche Ausstattung der Einrichtung?

1.8.1

##### Geschäftsräume sind vorhanden

1.8.2

##### Räumlichkeiten und Ausstattung bieten Möglichkeit zur Teambesprechung

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- ein Raum mit ausreichenden Sitzgelegenheiten und Tischen für die Mitarbeiter vorhanden ist.

### 1.8.3 **Personenbezogene Unterlagen werden für Unbefugte unzugänglich aufbewahrt**

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- Pflegedokumentationen, die nicht aktuell bearbeitet werden, in Schränken, Aktencontainern etc. gelagert werden und
- Unbefugte keinen freien Zutritt zu Räumen haben, in denen personenbezogene Unterlagen offen zugänglich sind.

### 1.9 **Welche Pflegehilfsmittel / Hilfsmittel stehen zur Verfügung?**

Die Pflegeeinrichtung hat ihren Mitarbeitern in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen bereitzustellen, um eine qualifizierte, bedarfsgerechte und wirtschaftliche Versorgung zu gewährleisten. (§ 19 Rahmenvertragsempfehlung nach § 75 Abs. 5 SGB XI, ambulante Pflege)

Es ist bei den Pflegebedürftigen, die in die Ergebnisprüfung einbezogen werden, zu bewerten, ob erforderliche Arbeitshilfen zur Verfügung stehen.

### 1.10 **Bestehen Kooperationsvereinbarungen? Wenn ja: Welche?**

Zugelassene Pflegedienste können mit anderen pflegerischen und hauswirtschaftlichen Diensten kooperieren. Die Kooperation dient der Ergänzung/Erweiterung des Leistungsangebotes des Pflegedienstes. Soweit ein Pflegedienst die Leistungen anderer Pflegedienste in Anspruch nimmt, bleibt die Verantwortung für die Leistungen und die Qualität bei dem zugelassenen Pflegedienst.“ (3.1.4 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI)

### 1.11 **Wie wird die Zusammenarbeit mit anderen an der Versorgung / Betreuung Beteiligten gestaltet?**

„Im Rahmen einer qualitativen Pflege haben die Pflegedienste zur Vernetzung mit weiteren Institutionen zusammenzuarbeiten. Hierzu zählen insbesondere:

- der behandelnde Arzt und
- andere ambulante Dienste und stationäre/teilstationäre Einrichtungen.

Nach Möglichkeit sollen Selbsthilfegruppen in die Zusammenarbeit einbezogen werden.“ (3.2.6 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI)

## 2. **Pflegetheoretische Grundlagen**

### 2.1 **Liegt ein pflegfachlicher Schwerpunkt vor? Wenn ja: Welcher?**

Pflegfachliche Schwerpunkte können z.B. sein: psychiatrische Pflege, onkologische Pflege, Pflege aidskranker Patienten, pädiatrische Pflege, Pflege von Patienten im Wachkoma.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- dieser Schwerpunkt im Versorgungsvertrag definiert ist und
- dieser Schwerpunkt im Konzept der Einrichtung benannt wird und
- Pflegefachkräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (durch Fort- und / oder Weiterbildung erworben) beschäftigt sind.

## 2.2

**Verfügt die Pflegeeinrichtung über ein Pflegeleitbild?**

Das (Unternehmens-)Leitbild des Trägers bildet die Grundlage für das Einrichtungskonzept. In der Fachliteratur wird statt von Leitbild auch von Trägerphilosophie oder grundsätzlichen Zielen gesprochen. Im Brockhaus-Lexikon wird Leitbild als „idealhafte richtungsweisende Vorstellung, deren Verwirklichung in der Praxis durch wahlentsprechende Grundsätze, Methoden und Einzelziele angestrebt wird“ definiert. Es ist anzustreben, auf verschiedenen Ebenen vom Unternehmensleitbild abgeleitete Leitbilder (z.B. Pflegeleitbild, Hauswirtschaftsleitbild, Leitbild des Sozialdienstes) zu entwickeln. (vgl. *Pro Alter* 2/97, S. 28)

Das Pflegeleitbild drückt mit positiven und prägnanten Aussagen Zielvorstellungen und Haltungen aus. In einem Pflegeleitbild sollten u. a. Aussagen zum Menschenbild der Pflegeeinrichtung, zum Pflegeverständnis der Einrichtung, zur Sichtweise der Bedürfnisse der von der Pflegeeinrichtung betreuten Menschen und der Mitarbeiter, zur Gestaltung der Pflege, zur Pflegequalität sowie zum Selbstverständnis der Einrichtung enthalten sein.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn das Pflegeleitbild:

- schriftlich vorliegt und
- Zielvorstellungen und Haltungen ausdrückt sowie
- Aussagen enthält
  - zur Sichtweise der Bedürfnisse der von der Pflegeeinrichtung betreuten Menschen und der Mitarbeiter,
  - zum Pflegeverständnis,
  - zur Pflegequalität,
  - zur Gestaltung der Pflege,
- und den Mitarbeitern der Einrichtung nachvollziehbar bekannt ist (z.B. per Zufallsstichprobe Mitarbeiter befragen).

## 2.3

**Liegt ein Pflegekonzept schriftlich vor?**

Das mit dem Einrichtungskonzept im Einklang stehende Pflegekonzept definiert das pflegerische Angebot und ist Handlungsorientierung für alle Mitarbeiter, die am Pflegeprozess beteiligt sind. In erster Linie präzisiert es Zielsetzungen und regelt Organisation und Arbeitsweise des Pflegebereiches und der pflegerischen Mitarbeiter.

Das Pflegekonzept sollte auf einer Pflege-theorie basieren. Unter einer Theorie versteht man die Gesamtheit von logisch zusammenhängenden und unbestreitbaren Behauptungen. Theorien sind so formuliert, dass jederzeit durch wissenschaftliche Untersuchungen nachgeprüft werden kann, ob die jeweilige Behauptung zutrifft. Mit Hilfe von Theorien ist es möglich die Wirklichkeit:

- zu beschreiben (z.B. bestimmte Merkmale von Individuen, Situationen),
- zu erklären (z.B. Zusammenhänge oder Beziehungen zwischen bestimmten Phänomenen),
- vorauszusagen (z.B. die Vorhersage von Wechselwirkungen zwischen bestimmten Phänomenen).

Theorien in der Pflege sollten folgende Aufgaben erfüllen:

- Abstecken von Grenzen der Pflege (z.B. Selbstpflegetheorie),
- Verbesserung der Berufsausübung in der Pflege aufgrund von Beschreibungen, Erklärungen und Voraussagen (z.B. verbesserte Behandlungsmethoden von Dekubitus),
- Verbesserung der professionellen Kommunikation,
- richtungsweisend für wissenschaftliche Untersuchungen und der Weiterentwicklung von Lehrinhalten sein.

Z.T. wird anstatt Theorie der Begriff „konzeptionelles Modell“ genutzt, da noch weitere wissenschaftliche Untersuchungen zur Bestätigung der Theorie notwendig sind.

Modelle dienen dazu, die Wirklichkeit vereinfacht darzustellen. Sie sollen helfen, theoretische Probleme zu lösen. Mit Hilfe von Modellen können neue Theorien entwickelt werden, indem Konzepte oder Theorien entwickelt, ggf. geändert und deren Beziehungen zueinander beschrieben werden. Pflegemodelle werden nach unterschiedlichen Ansätzen differenziert, z.B. in Bedürfnis-, Interaktions- und Pflegeergebnismodelle. Pflege-theoretische Modelle sollten auf ihre Anwendbarkeit in der Praxis hin überprüft werden.

Wichtige Kennzeichen eines Modells sind:

- nützliche Reduktion der Wirklichkeit,
- Akzentuierung (Hervorhebung) von Teilen der Wirklichkeit,
- Zunahme der Transparenz der Wirklichkeit,
- Perspektive (Blickrichtung, wird erreicht durch Reduktion und Akzentuierung).

Pflege-theorien/-modelle nehmen in der Regel zu den folgenden vier zentralen Punkten (Schlüsselkonzepten) Stellung:

- Mensch,
- Umgebung,
- Gesundheit und Krankheit,
- Pflege.

Eine einheitliche Terminologie konnte für den Bereich der Pflege-theorien/-modelle bisher noch nicht durchgesetzt werden. Auch im englischsprachigen Raum mit seiner vergleichsweise langen pflegewissenschaftlichen Tradition, fehlt eine einheitliche Fachsprache. Autoren verwenden zur Beschreibung und den Vergleich von Theorien und Modellen z. T. gleiche Begriffe mit unterschiedlicher Bedeutung oder unterschiedliche Begriffe mit übereinstimmender Bedeutung.

Die sogenannte „Umsetzung“ von Pflege-theorien/-modellen in der Praxis kann nur in einem langen Prozess der (permanenten) Auseinandersetzung von Mitarbeitern einer Einrichtung mit Theorien/Modellen gelingen. Diese Auseinandersetzung und die Reflexion ihres beruflichen Selbstverständnis soll langfristig dazu führen, ein einheitliches und professionelles Pflegeverständnis in der Einrichtung zu etablieren, von dem vor allem auch die Pflegebedürftigen profitieren sollen.

(vgl. Arets, Jos; Obex, Franz; Vaessen, John; Wagner, Franz: *Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen. Bd. 1* Bocholt 1996, S.113 ff. vgl. Drerup, Elisabeth: *Pflege-theorien, Lehrerhandbuch für den Pflegeunterricht. Freiburg 1998, S. 25 ff.*)

Im Pflegekonzept sollten Aussagen dazu enthalten sein, nach welchem Pflegesystem gearbeitet wird. Pflegesysteme können nach dem Prinzip der Ganzheitspflege oder der Funktionspflege differenziert werden.

**Ganzheitspflege (Gruppen-, Bereichs-, Bezugspflege):** Ganzheitspflege kann definiert werden als nachvollziehbare schriftlich fixierte Zuordnung von Pflegebedürftigen zu bestimmten Pflegemitarbeitern. Pflegefachkräfte sind für die Steuerung des Pflegeprozesses verantwortlich, sie leiten die Pflegekräfte an und achten darauf, dass diese nach der Pflegeplanung arbeiten. Im Rahmen der personellen und räumlichen Möglichkeiten werden die Pflegebedürftigen von ihnen zugeordneten pflegerischen Bezugspersonen kontinuierlich, individuell und umfassend betreut.

**Funktionspflege:** (basierend auf dem Modell der Arbeitsteilung) Die Organisation der Pflege erfolgt tätigkeitsorientiert.

Im Sinne der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI ist die Pflege nach dem Prinzip der Ganzheitspflege zu organisieren, u.a. um das Ziel der Schaffung einer Vertrauensbasis zwischen Pflegebedürftigen und Leistungserbringern gewährleisten zu können. (vgl. 1.1, 3. *Spiegelstrich Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI*)

In Pflegekonzepten sollten dokumentiert werden:

- das zugrunde gelegte Pflegemodell,
- das zugrunde gelegte Pflegesystem,
- die Beschreibung des Pflegeprozesses,
- die innerbetriebliche Kommunikation,
- das Qualitätssicherungssystem,
- die Beschreibung der Leistungen einschließlich ergänzender sozialer und therapeutischer Angebote,
- die Regelung der Kooperation mit anderen Diensten,
- die räumliche, personelle und sachliche Ausstattung der Einrichtung.

(vgl. auch *Häusliche Pflege 5/96, Qualitätskolleg, S. 6; Pro Alter 2/97 S. 27*)

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- ein Pflegekonzept schriftlich vorliegt und
- Aussagen zu den oben genannten Spiegelstrichen enthält und
- das Konzept den Mitarbeitern der Einrichtung nachvollziehbar bekannt ist (per Zufallsstichprobe Mitarbeiter befragen).

### 2.3.1 **Befasst sich die Einrichtung mit der Entwicklung eines Pflegekonzeptes?**

Wenn bereits ein Pflegekonzept vorliegt, dann ist diese Frage mit t.n.z. zu werten.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- verantwortliche Mitarbeiter benannt sind und
- eine Terminplanung zur Fertigstellung vorliegt und
- der Entwurf eines Pflegekonzeptes vorliegt.

## 3. **Pflegemanagement**

### 3.1 **Aufbauorganisation Personal**

#### 3.1.1 **Erfüllt die verantwortliche Pflegefachkraft die Anforderungen der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI?**

Für die Anerkennung als verantwortliche Pflegefachkraft ist neben dem Abschluss einer Ausbildung als Krankenschwester oder -pfleger, als Kinderkrankenschwester oder -pfleger nach dem Krankenpflegegesetz oder als Altenpflegerin oder -pfleger nach Landesrecht eine praktische Berufserfahrung in dem erlernten Pflegeberuf von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre erforderlich, bei ambulanten Pflegeeinrichtungen davon in der Regel mindestens 1 Jahr im ambulanten Bereich. Diese Berufserfahrung sollte im Umfang einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung erworben worden sein. Bei ambulanten Pflegeeinrichtungen, die überwiegend behinderte Menschen pflegen und betreuen, können auch nach Landesrecht ausgebildete Heilerziehungspflegerinnen und -pfleger sowie Heilerzieherinnen und -erzieher mit einer praktischen Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre als verantwortliche Pflegefachkraft anerkannt werden. Nach den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben nach § 80 SGB XI muss darüber hinaus eine leitungsbezogene Weiterbildung von mindestens 460 Stunden oder der Studienabschluss im Pflegemanagement einer FH oder Universität nachgewiesen werden. Es besteht eine Übergangsregelung bis zum 31.03.2002. Bei Vorliegen langjähriger Berufstätigkeit in dieser Funktion und einschlägiger Fortbildung können auf begründeten Antrag des Trägers innerhalb dieser Frist im Einzelfall von den Vertragspartnern nach § 72 Abs. 2 SGB XI Ausnahmen zugelassen werden.

Nach den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben nach § 80 SGB XI muss die verantwortliche Pflegekraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis tätig sein. Sofern die verantwortliche Pflegefachkraft Eigentümerin oder Gesellschafterin des Pflegedienstes ist und der Tätigkeitsschwerpunkt der Pflegedienstleitung sich auf den jeweiligen Pflegedienst bezieht, gilt diese Anforderung auch als erfüllt. Ausgenommen von dieser Regelung sind Mitglieder geistlicher Genossenschaften, Diakonissen sowie Kirchenbeamte.

„(1) Eine geringfügige Beschäftigung liegt vor, wenn

1. die Beschäftigung regelmäßig weniger als 15 Std. in der Woche ausgeübt wird und das Arbeitsentgelt regelmäßig im Monat 1/7 der monatlichen Bezugsgröße (§ 18), bei höherem Arbeitsentgelt 1/6 des Gesamteinkommens nicht übersteigt,
2. die Beschäftigung innerhalb eines Jahres seit ihrem Beginn auf längstens 2 Monate oder 50 Arbeitstage nach ihrer Eigenart begrenzt zu sein pflegt oder im voraus vertraglich begrenzt ist, es sei denn, dass die Beschäftigung berufsmäßig ausgeübt wird und ihr Entgelt die in Nummer 1 genannten Grenzen übersteigt. (...)“

(§ 8 Abs. 1 SGB IV)

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- die Grundqualifikation vorliegt und
- eine praktische Berufserfahrung von zwei Jahren innerhalb der letzten fünf Jahre besteht, davon mindestens ein Jahr im ambulanten Bereich und
- eine leitungsbezogene Weiterbildung im Umfang von mindestens 460 Stunden oder der Studienabschluss im Pflegemanagement einer FH oder Universität nachgewiesen werden und
- ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis besteht.

Ist die Anforderung für die leitungsbezogene Weiterbildung oder die sozialversicherungspflichtige Beschäftigung nicht erfüllt, liegen aber Übergangs- bzw. Ausnahmeregelungen vor, ist diese Frage ebenfalls mit ja zu beantworten.

### 3.1.1.1 **Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in dieser Einrichtung?** **Stunden**

Der Beschäftigungsumfang der verantwortlichen Pflegefachkraft kann Hinweise darüber geben, welchen Stellenwert diese für den Träger der Einrichtung hat.

### 3.1.1.2 **Nimmt die verantwortliche Pflegefachkraft ihre Aufgaben wahr?**

Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft bedeutet, dass diese u.a. verantwortlich ist für:

- die fachliche Planung der Pflegeprozesse,
  - die fachgerechte Führung der Pflegedokumentation,
  - die an dem individuellen Pflegebedarf orientierte Einsatzplanung der Pflegekräfte,
  - die fachliche Leitung der Dienstbesprechungen innerhalb des Pflegedienstes.
- (vgl. *sinngemäß 3.1.1.2., Abs. 2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI*)

Die Bewertung dieser Frage ist u.a. abhängig von:

- der Größe der Pflegeeinrichtung,
- der Personalstruktur (Anzahl und Beschäftigungsumfang der Mitarbeiter und Verhältnis von Pflegefachkräften zu sonstigen Pflegekräften),
- der Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen,
- der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft,
- dem Umfang der von der verantwortlichen Pflegefachkraft ggf. selbst erbrachten Pflegeleistungen,
- dem Umfang sonstiger Aufgaben, die von der verantwortlichen Pflegefachkraft ggf. übernommen werden.

### 3.1.2 **Erfüllt die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft die Anforderungen der Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI?**

Nach den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben nach § 80 SGB XI erfüllen die fachlichen Voraussetzungen für die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft Personen, die

- a) die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Krankenschwester/Krankenpfleger oder Kinderkrankenschwester/Kinderkrankenpfleger - entsprechend den gesetzlichen Bestimmungen in der jeweils gültigen Fassung - besitzen.
- b) die Erlaubnis zur Führung der Berufsbezeichnung Altenpflegerin/Altenpfleger mit staatlicher Anerkennung - aufgrund einer landesrechtlichen Regelung - besitzen.

Die Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft sollte in der Regel sozialversicherungspflichtig beschäftigt sein.

(vgl. *sinngemäß 3.1.1.2., Abs. 3 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI*)

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- die Grundqualifikation vorliegt und
- ein sozialversicherungspflichtiges Beschäftigungsverhältnis besteht oder
- eine sozialversicherungspflichtige Beschäftigung aufgrund einer Ausnahmeregelung nicht besteht.

### 3.1.3 **Zusammensetzung Pflegepersonal**

Die Tabelle im Erhebungsbogen soll einen Überblick über die Personalzusammensetzung in der Einrichtung geben. Die erforderlichen Angaben sind dem Stellenplan und dem Dienstplan zu entnehmen und auf Plausibilität hin zu überprüfen. Ggf. festgestellte Differenzen sind zu benennen.

Der Anteil der Pflegeleistungen, der durch geringfügig Beschäftigte erbracht wird, sollte 20 % möglichst nicht überschreiten. (§ 18 Abs. 2 Satz 2 Rahmenvertragsempfehlung und § 75 Abs. 5 SGB XI).

### 3.1.4 **Liegt in der Pflegeeinrichtung eine aktuelle Namensliste der Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?**

Sowohl bei handschriftlicher als auch bei EDV-gestützter Pflegedokumentation ist eine Handzeichenliste erforderlich.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- eine Namensliste mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vorliegt, die alle Mitarbeiter umfasst, die seit mehr als 4 Wochen in der Einrichtung beschäftigt sind.

### 3.1.5 **Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege beschäftigten Mitarbeiter verbindlich geregelt (z.B. durch Stellenbeschreibungen)?**

Stellenbeschreibungen weisen Unterschiede hinsichtlich der beruflichen Qualifikation aus und legen Aufgaben sowie Verantwortungs- und Zuständigkeitsbereiche fest. Sie können Bestandteil des Arbeitsvertrages sein und sollten regelmäßig aktualisiert werden.

Es ist positiv zu vermerken, wenn Stellenbeschreibungen oder ähnliche Instrumente (z.B. Funktionsdiagramm, Verantwortungsmatrix) vorliegen und verbindlich angewandt werden (Abzeichnung durch Mitarbeiter als Nachweis).

## 3.2 **Ablauforganisation**

### 3.2.1 **Ist die pflegerische Arbeit nach dem System der Ganzheitspflege organisiert?**

Von Ganzheitspflege ist auszugehen, wenn:

- anhand der Dienst- und Einsatzpläne in Verbindung mit einer Stichprobe von Pflegedokumentationen eine Kontinuität der pflegerischen Versorgung erkennbar ist.

## 3.2.2

**Wie wird die fachliche Überprüfung der Pflege durch Pflegefachkräfte gewährleistet?**

Die Verantwortung für den Pflegeprozess liegt immer bei einer Pflegefachkraft. Aus der Pflegedokumentation muss hervorgehen, welche Pflegefachkraft zu welchem Zeitpunkt für Pflegeanamnese, Pflegeplanung und Pflegeevaluation verantwortlich ist.

Es gibt verschiedene Möglichkeiten, die fachliche Überprüfung der Pflege zu gewährleisten (z.B. durch Pflegefachgespräche bzw. Pflegevisiten).

Das Pflegefachgespräch bzw. die Pflegevisite wird als Besuch beim Pflegebedürftigen durchgeführt und dient u.a. der Erörterung des Befindens des Pflegebedürftigen, seiner individuellen Wünsche und seiner Zufriedenheit mit dem Pflegedienst sowie der Erstellung, kontinuierlichen Bearbeitung und Kontrolle der Pflegeprozessplanung und -dokumentation. Gleichzeitig bildet sie eine Möglichkeit, die Qualität der Pflege zu beurteilen und zu optimieren. Die Pflegevisite ist ein patientenzentriertes Planungs- und Bewertungsinstrument. Es gibt zwei Formen der Pflegevisite:

- vorgesetzte Mitarbeiter führen die Pflegevisite durch (z.B. die verantwortliche Pflegefachkraft),
- eine kollegiale Pflegevisite durch in der Hierarchie gleichgestellte Pflegefachkräfte.

Mit der Pflegevisite können u.a. folgende Ziele erreicht werden:

- Einbeziehung des Pflegebedürftigen und ggf. seiner Angehörigen im Sinne einer individuellen und patientenzentrierten Pflege in die Planung und Bewertung der Pflege,
- Entscheidung des Pflegebedürftigen für oder gegen eine Maßnahme auf der Basis einer kompetenten Beratung durch die Pflegefachkraft,
- Steigerung der Zufriedenheit des Pflegebedürftigen und der Transparenz des Pflegeprozesses für alle Beteiligten,
- systematische Überprüfung der eigenen Arbeit der professionell Pflegenden und ggf. Anpassung der Pflegeziele und -maßnahmen,
- Optimierung der Arbeits- und Organisationsstrategien durch Auswertung der Visitenprotokolle, indem die ermittelten strukturellen, organisatorischen und personellen Qualitätsdefizite beseitigt werden,
- Ermittlung der Qualität der pflegerischen Leistung der einzelnen Mitarbeiter und positives oder negatives Feedback,
- regelmäßige Ermittlung der Pflegeintensität und Anpassung der Einsatzplanung.

Pflegevisiten sind unter der Voraussetzung einer umfassenden Pflegedokumentation ein geeignetes Mittel, die Erbringung der Pflege kontinuierlich nach der Methode des Pflegeprozesses zu gewährleisten. Sie sollten von Mitarbeiter mit fachlicher Kompetenz (Pflegefachkräfte mit umfassendem aktuellem Fachwissen) durchgeführt werden. Zusätzlich benötigen diese Mitarbeiter organisatorische sowie soziale Kompetenz. Möglichst sollten die verantwortliche Pflegefachkraft selbst oder andere speziell für diese Aufgabe qualifizierte Mitarbeiter diese Aufgabe übernehmen.

In der Langzeitpflege ist die Durchführung der Pflegevisite in einem Intervall von ein bis zwei Monaten oder bei aktuellen Veränderungen des Pflegezustandes sowie auftretenden Problemen zu empfehlen. Die Pflegekraft, die die Pflege durchführt, sollte bei der Pflegevisite anwesend sein und unter Einbeziehung des Pflegebedürftigen die Pflegesituation vorstellen und ggf. Pflegemaßnahmen durchführen. Die Aufgabe der die Pflegevisite durchführenden Pflegefachkraft besteht u.a. darin, zu überprüfen:

- ob der Pflegebedürftige mit dem Pflegedienst und seinen Leistungen zufrieden ist,
- ob alle angemessenen Pflegemaßnahmen geplant sind und/oder fachgerecht durchgeführt werden,
- ob die Wünsche der Pflegebedürftigen hierbei berücksichtigt werden,
- ob aktivierende, am Pflegebedürftigen orientierte Pflege stattfindet,
- ob die Wirkung der Pflege den Erwartungen entspricht,
- ob Pflegeprobleme beseitigt werden bzw. neue Pflegeprobleme hinzugekommen sind und die Planung angepasst werden muss,
- ob alle Informationen entsprechend dokumentiert werden,
- ob Hilfskräfte, die an der Pflege beteiligt sind, angemessen auf Probleme reagieren und die Informationen weiterleiten,



- ob der Grad der Hilfsbedürftigkeit in Abständen kontrolliert wird,
- ob die Vernetzung der Beteiligten sinnvoll gestaltet ist,
- ob der Betroffene Mitsprache im Pflegeprozess bekommt.

Die bei der Pflegevisite gewonnenen Informationen müssen dokumentiert werden. Anhand dieser Dokumentation erhält die Pflegeeinrichtung einen Vergleichsmaßstab für spätere Pflegevisiten. Sofern sich aus der Pflegevisite relevante Änderungen in der Pflegeprozessplanung ergeben oder sonstige relevante Informationen erhoben wurden, müssen diese Veränderungen in protokollierten Dienstbesprechungen thematisiert werden.

(vgl. Löser, Angela: *Die Pflegevisite ist Teil eines modernen Qualitätsmanagements*. In: *Pflegen ambulant* 6/98. S.32 - 35. Weh, Bernhard; Sieber, Hannes: *Pflegequalität*. München, Wien, Baltimore 1995, S. 107 ff. Büssing, A. (Hrsg.): *Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege*. Göttingen 1997, S. 259 ff.)

### 3.2.3

**Werden Pflegekräfte (nicht Pflegefachkräfte) entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt?  
Wenn ja: Wie?**

Für allgemeine Pflegeleistungen kann davon ausgegangen werden, dass bei Krankenschwestern/-pflegern, Kinderkrankenschwestern/-pflegern sowie staatlich anerkannten Altenpfleger(innen) mit mindestens zweijähriger Berufsausbildung die formale Qualifikation vorliegt.

**Die Überprüfung der Behandlungspflege kann nur dann Gegenstand einer Prüfung sein, wenn ein Prüfungsauftrag nach 132a SGB V in Verbindung mit § 37 SGB V vorliegt.**

Für die Behandlungspflege kann davon ausgegangen werden, dass die formale Qualifikation bei Krankenschwestern/-pflegern, Kinderkrankenschwestern/-pflegern sowie staatlich anerkannten Altenpfleger(innen) mit dreijähriger Berufsausbildung vorliegt. Eine Orientierung hinsichtlich der Qualifikationsanforderungen für die Behandlungspflege bieten die Rahmenempfehlungen gemäß § 132a Abs. 1 SGB V über die einheitliche Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege.

Für Krankenpflegehelfer liegt für einzelne behandlungspflegerische Maßnahmen die formale Qualifikation vor.

Aus der Anlage 3 zu § 1 Abs. 2 der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV) vom 16. Oktober 1985 (zuletzt geändert durch Artikel 15 des Gesetzes vom 27. April 1993, BGBl. I S 512) können Aussagen zu behandlungspflegerischen Maßnahmen, die während der Krankenpflegehilfeausbildung gelehrt werden müssen, entnommen werden.

Die Stundentafel für die Mindestanforderungen an den theoretischen und praktischen Unterricht führt 20 Stunden Arzneimittellehre auf. Diese enthalten jedoch weder gesetzliche Vorschriften über den Verkehr mit Arzneimitteln noch Grundkenntnisse der Pharmakologie und Toxikologie.

Für den Bereich Krankenpflegehilfe stehen 230 Unterrichtsstunden zur Verfügung. Neben einer Vielzahl anderer Themen sollen im Rahmen dieser 230 Stunden folgende behandlungspflegerische Maßnahmen vermittelt werden:

- „Ermitteln und Registrieren von Vitalfunktionen und sonstigen Beobachtungsergebnissen“,
- „Anwendung von physikalischen Maßnahmen“,
- „Spezielle Pflege des Auges, des Ohres, der Nase, des Mundes und der Haut“,
- „Mithilfe beim Versorgen von Wunden und beim Anlegen von Verbänden und Schienen“,
- „Mithilfe bei Injektionen, Sondierungen und Spülungen“.

Krankenpflegehelfer verfügen aufgrund ihrer Ausbildung somit über die formale Qualifikation zur selbständigen Durchführung bzw. Mithilfe bei der Durchführung dieser Verrichtungen.

Bei Altenpflegehelfern ist dies von der jeweiligen Ausbildung abhängig.

Hilfskräfte verfügen über keine formale Qualifikation. Daher ist zu prüfen, ob eine materielle Qualifikation für allgemeine Pflegeleistungen gegeben ist. Die verantwortliche Pflegefachkraft ist dafür verantwortlich, dass die im Einzelfall erforderliche Qualifikation vorliegt. Das ist insbesondere der Fall, wenn die betroffene Pflegekraft über ausreichende Berufserfahrung in der Pflege verfügt und darüber hinaus die verantwortliche oder eine andere dazu autorisierte Pflegefachkraft (z.B. Praxisanleiterin) diese

- hinsichtlich der Eignung (Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten) überprüft hat,
- im Sinne der Vermittlung erforderliche Kenntnisse und Fertigkeiten angeleitet hat,
- bei der Leistungserbringung in angemessenen Zeitintervallen regelmäßig kontrolliert.

"Beim Einsatz von Pflegehilfskräften ist (...) sicherzustellen, dass Pflegefachkräfte die fachliche Überprüfung des Pflegebedarfs, die Anleitung der Hilfskräfte und die Kontrolle der geleisteten Arbeit gewährleisten." (§ 18, Abs. 3, Satz 3 Rahmenvertragsempfehlung nach § 75 Abs. 5 SGB)

Fachliche Anleitung bedeutet insbesondere:

- Einarbeitung durch eine Pflegefachkraft anhand eines Einarbeitungskonzeptes,
- regelmäßige dokumentierte und nachvollziehbare Pflegevisiten (Intervalle abhängig von der Pflegesituation),
- Ausführung der Pflege durch Pflegekräfte nach der Pflegeprozessplanung durch eine Pflegefachkraft,
- durchgehende Erreichbarkeit einer Pflegefachkraft während der Einsatzzeit der Hilfskräfte /angelernten Kräfte.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- die Einarbeitung nachweislich durch eine Pflegefachkraft anhand eines Einarbeitungskonzeptes erfolgt ist und
- geplante und durch Ergebnisprotokoll nachvollziehbare Pflegevisiten durchgeführt werden (Stichprobe von Pflegedokumentationen) und
- bei diesen Pflegebedürftigen die Pflegeprozessplanung durch Pflegefachkräfte erstellt wurde.

### 3.2.4 **Liegen geeignete Dienstpläne vor?**

Dienstpläne haben Dokumentencharakter und sind mit dokumentenechtem Stift zu führen. Aus ihnen müssen alle Eintragungen zweifelsfrei nachvollziehbar sein. Überschreibungen, Überklebungen und Retuschierungen dürfen nicht vorgenommen werden. (vgl. *Doni, Christine; Gresch, Ulrich: Pflegehandbuch. Reutlingen 1997, s. 35 f.*)

Dienstpläne sollten folgende Angaben enthalten:

- den Zeitpunkt der Gültigkeit,
- vollständige Namen, Qualifikationen und Regelarbeitszeiten des Pflegepersonals,
- Legende für Dienstzeiten und Abkürzungen,
- zweifelsfrei nachvollziehbare Soll-Planung und tatsächlich geleistete Dienste sowie Ausfallzeiten,
- Zeiten für Teambesprechungen und Übergabezeiten,
- Unterschrift der für den Dienstplan verantwortlichen Person.

Die Mitarbeiter sollten an der Dienstplangestaltung beteiligt werden. Die Dienstpläne sollen für alle Mitarbeiter einsehbar sein.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn der Dienstplan:

- den Zeitpunkt der Gültigkeit enthält und
- vollständige Namen, Qualifikationen und Regelarbeitszeiten des Pflegepersonals enthält und
- eine Legende für Dienstzeiten und Abkürzungen enthält und
- Soll-, Ist- und Ausfallzeiten enthält und
- mit dokumentenechtem Stift geführt wird und
- die Unterschrift der für den Dienstplan verantwortlichen Person trägt.

(Anhand der Dienstpläne der letzten Monate zu überprüfen.)

### 3.2.5 **Liegen Einsatz-/Tourenpläne vor?**

Auch Einsatz-/Tourenpläne haben Dokumentencharakter und sind mit dokumentenechtem Stift zu führen. Aus ihnen müssen alle Eintragungen zweifelsfrei nachvollziehbar sein. Überschreibungen, Überklebungen und Retuschierungen dürfen nicht vorgenommen werden. (vgl. *Doni, Christine; Gresch, Ulrich: Pflegehandbuch. Reutlingen 1997, s. 35 f.*) Sie konkretisieren den Dienstplan und enthalten Aussagen darüber, welche Mitarbeiter wann

(Datum und tageszeitliche Zuordnung) Leistungen erbringen. Einsatzpläne sollen schriftlich erstellt sein und einen rückwirkenden Soll-/Ist-Abgleich ermöglichen.

Einsatzpläne sollen eine größtmögliche Kontinuität der Betreuung sicherstellen und soweit möglich, zeitliche Wünsche der Pflegebedürftigen berücksichtigen.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn Einsatz-/Tourenpläne:

- schriftlich vorliegen und
- das Datum der Gültigkeit tragen und
- eine tageszeitliche Zuordnung von Mitarbeitern zu Pflegebedürftigen ermöglichen und
- ein rückwirkender Soll-/Ist-Abgleich möglich ist und
- mit dokumentenechtem Stift geführt werden und
- die Unterschrift der für die Planung verantwortlichen Person tragen.

(Anhand der Dienst- und Einsatzpläne der letzten Monate zu überprüfen.)

### 3.2.6 **Lässt die Dienstplangestaltung die Berücksichtigung der individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen zu?**

Die Dienstplanung sollte an den individuellen Bedürfnissen der Pflegebedürftigen orientiert sein und z.B. die Wünsche der Pflegebedürftigen nach frühem Aufstehen oder spätem Zubettgehen berücksichtigen. Dies darf jedoch nicht zu Verletzungen des Arbeitszeitgesetzes führen.

Das Arbeitszeitgesetz (ArbZG) ist ein Schutzgesetz, das für Arbeiter, Angestellte und Auszubildende über 18 Jahren Gültigkeit hat. Die für die Einhaltung des Gesetzes zuständige Aufsichtsbehörde ist das Gewerbeaufsichtsamt. Das Arbeitszeitgesetz legt u. a. Höchstarbeitszeiten, Mindestruhepausen und Mindestruhezeiten fest. (vgl. Öhlschläger, Angelika; Härtel, Elke: *Grundstrukturen des Arbeitszeitgesetzes Teil I und II. In: Pflege aktuell 10 und 11/96.*) Grundsätzlich ist es nicht Aufgabe des MDK, bei Qualitätsprüfungen die Einhaltung des Arbeitszeitgesetzes zu überprüfen. Eine hohe Arbeitsbelastung der Mitarbeiter wird sich jedoch auch auf die Qualität der Pflege niederschlagen.

Bei der Bewertung dieser Frage ist zu berücksichtigen, ob:

- die individuellen Wünsche der Pflegebedürftigen, z.B. nach spätem Zubettgehen, bei der Dienstplangestaltung berücksichtigt werden.

### 3.2.7 **Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes rund-um-die-Uhr und an Sonn- und Feiertagen sichergestellt? Wenn ja: Wie?**

„Der Pflegedienst erbringt entsprechend dem individuellen Pflegebedarf Pflegeleistungen bei Tag und Nacht einschl. an Sonn und Feiertagen. Der Pflegedienst muss über eigene Geschäftsräume verfügen und ständig erreichbar sein.(...)“ (3.1.1.1, 2. Abs. Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI)

Z. B. Rufbereitschaft, Anrufweiterschaltung, Mobiltelefon, Kooperationsvereinbarungen. Der ausschließliche Einsatz eines Anrufbeantworters reicht nicht aus.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- eine Pflegefachkraft ständig für die von der Einrichtung versorgten Pflegebedürftigen telefonisch erreichbar ist.

### 3.3 Qualitätsmanagement

#### 3.3.1 **Ist die betriebliche Zuständigkeit für die Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne des Qualitätsmanagements geregelt?**

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- Die betriebliche Zuständigkeit für das Qualitätsmanagement eindeutig geregelt ist (z.B. in der Stellenbeschreibung oder per Dienstweisung der verantwortlichen Pflegefachkraft, einem Qualitätsbeauftragten etc. zugeordnet).

#### 3.3.2 **Werden Maßnahmen der externen Qualitätssicherung durchgeführt? Wenn ja: Welche?**

Die Pflegeeinrichtung soll sich an externen Maßnahmen beteiligen. (4.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI) z. B. Mitwirkung an Qualitätskonferenzen, Assessmentrunden, Zertifizierungen

Es ist positiv zu vermerken, wenn sich die Pflegeeinrichtung an externen Maßnahmen beteiligt.

#### 3.3.3 **Werden Maßnahmen der internen Qualitätssicherung durchgeführt? Wenn ja: Welche?**

Der Träger der Pflegeeinrichtung ist dafür verantwortlich, dass Maßnahmen der internen Qualitätssicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt und durchgeführt werden. (4.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI) z. B. Einrichtung von Qualitätszirkeln, Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten mit Nachweis über dessen Tätigkeit seit seiner Benennung, Entwicklung und Anwendung von Pflegestandards/Richtlinien/Leitlinien, Fallbesprechungen, Pflegevisiten mit Ergebnisbesprechung im Team, Supervision, Erstellung eines Qualitätshandbuches, Studium aktueller Fachliteratur und Vorstellung wichtiger neuer Entwicklungen im Team, Vorstellung von Ergebnissen aus Fortbildungen im Team, Darstellung der Ergebnisse aus Beschwerdeauswertungen im Team und Planung und Durchführung von Maßnahmen zur Beseitigung dieser Beschwerden. Qualitätssicherungsmaßnahmen sollten unter Einbeziehung der Mitarbeiter, der Pflegebedürftigen und der Angehörigen durchgeführt werden.

Standards bestimmen nach einer Definition der WHO ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau der Pflege, das den Bedürfnissen der zu versorgenden Bevölkerung entspricht. Kriterien bilden die messbaren Elemente der Standards. (vgl. Harsch, Cornelia; Hellige, Barbara; Hundt, Lieselotte u.a.: *Qualitätssichernde Maßnahmen*. In: Hellige, Barbara; Holler, Gerhard: *Leitfaden zur Neuordnung des Pflegedienstes*. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit, Bd. 31. Baden-Baden 1994.) Messbarkeit ist eine der wichtigsten Anforderungen an Standards.

Die in Standards formulierten Ansprüche an die Leistungsplanung und -erbringung sind für alle Beteiligten transparent und verbindlich.

Auf der praktischen Ebene legen Standards beispielsweise fest:

- wie eine Verrichtung durchgeführt werden soll,
- welche Schwerpunkte gesetzt werden,
- wie ständig wiederkehrende Arbeitsabläufe gehandhabt werden sollen,
- wer zuständig und verantwortlich ist.

Eine Pflegerichtlinie ist eine konkrete Handlungsanweisung (Tätigkeits- oder Ablaufbeschreibung,) in der die Vorgehensweise einer spezifischen pflegerischen Handlung kleinschrittig beschrieben wird.

Leitlinien ermöglichen es, auf übergeordneter Ebene allgemeinere Aussagen und Regelungen zu treffen.

Standards / Richtlinien / Leitlinien sollen den individuellen Bedingungen der Einrichtung angepasst sein. Von größter Bedeutung ist der Prozess der Einführung und Umsetzung. Bei der Anwendung der Standards / Richtlinien / Leitlinien müssen die individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen berücksichtigt werden. Standards / Richtlinien / Leitlinien sind für die Mitarbeiter verbindlich, sie müssen nachvollziehbar dokumentiert und regelmäßig angepasst werden. Die Anzahl der eingesetzten Standards / Richtlinien / Leitlinien sollte überschaubar sein. Erfahrungsgemäß sind Standards / Richtlinien für folgende Situationen sinnvoll:

- Situationen in denen in der Einrichtung immer wieder Fehler unterlaufen,
- Situationen, die für die Pflegeeinrichtung ungewöhnlich oder risikobehaftet sind,
- Erstbesuch,
- Pflegeeinsätze nach § 37 SGB XI,
- Krankenhausaufenthalt der Pflegebedürftigen,
- Notfälle,
- Sterbebegleitung,
- Umgang mit Verstorbenen.

(vgl. Sowinski, Christine; Kämmer, Karla: *Standards: In: Büse, Friedhelm; Eschemann, Roswitha; Kämmer, Karla u.a. (Hrsg.): Heim aktuell. Leitungshandbuch für Altenhilfeeinrichtungen. Vincentz-Verlag Hannover 1995*)

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- mehrere der im ersten Absatz genannten Beispiele Anwendung finden.

### **3.3.4      Gibt es pflegebezogene Fortbildungen? Wenn ja: Welche?**

Unter Fortbildung sind Maßnahmen zu verstehen, die dem Erhalt und der Aktualisierung des Fachwissens dienen. Die Teilnahme an Maßnahmen der Fortbildung dient zum einen der persönlichen beruflichen Qualifikation, zum anderen der Sicherstellung der betrieblich geforderten Qualifikation.

#### **3.3.4.1      Liegt ein prospektiver Fortbildungsplan vor?**

#### **3.3.4.2      Finden Fortbildungen innerhalb der Arbeitszeit statt?**

Anhand des Fortbildungsplans und der Dienstpläne kann ermittelt werden, ob Fortbildungen innerhalb der Arbeitszeit stattfinden.

#### **3.3.4.3      Werden alle Mitarbeiter in die Fortbildung einbezogen?**

Bei interner Fortbildung müssen Fortbildungen über Teilnehmerlisten mit Datum, Gegenstand der Fortbildung und Handzeichen der Teilnehmer nachgewiesen werden, bei externen Fortbildungen müssen Teilnahmebescheinigungen vorliegen.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- aus dem Fortbildungsplan ersichtlich ist, dass alle Mitarbeiter bei der Fortbildung berücksichtigt werden.

### **3.3.5      Werden aktuelle Fachliteratur und Fachzeitschriften für die Mitarbeiter der Einrichtung zugänglich vorgehalten? Wenn ja: Welche?**

Fachliteratur ist zugänglich vorzuhalten. (3.1.1.2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI)

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- eine Auswahl pflegerelevanter Fachbücher vorliegt und
- diese Literatur für die Pflegemitarbeiter jederzeit zugänglich ist und
- mindestens eine periodisch erscheinende Pflegefachzeitschrift (neben ggf. vorhandenen Verbandszeitschriften) von der Einrichtung abonniert ist und per Rundlauf jedem Mitarbeiter zur Kenntnis gebracht wird.

### 3.3.6 **Wird ein Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter angewandt?**

Das Einarbeitungskonzept sollte der neue Mitarbeiter kennen und danach systematisch, umfassend und zielorientiert in das zukünftige Aufgabengebiet eingearbeitet werden. Die vorgesehene Einarbeitungsdauer ist zeitlich festzulegen und die Durchführung der Einarbeitung zu dokumentieren. Das Einarbeitungskonzept bedarf einer ständigen Anpassung und Weiterentwicklung.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- anhand eines konkreten Beispiels nachgewiesen werden kann, dass ein Einarbeitungskonzept nachweislich angewendet wird.

### 3.3.7 **Welche Methoden zur Sicherstellung der Informationsweitergabe werden genutzt?**

Geeignete Elemente der Informationsweitergabe können insbesondere sein:

- Übergabegespräche,
- regelmäßige Dienstbesprechungen mit Ergebnisprotokollen und Teilnehmerlisten,
- professionsübergreifende Teambesprechungen,
- Rundschreiben,
- Dienstanweisungen,
- Nutzung von Organisationshilfen zur Kommunikation (Reiter, Magnettafeln).

Mit dieser Frage soll ermittelt werden, mit welchen Methoden die Pflegeeinrichtung einen verbindlichen und zuverlässigen Informationstransfer gewährleistet.

### 3.3.9 **Wird nach einem Hygienestandard / Hygieneplan gearbeitet?**

Um sicherzustellen, dass Hygienevorschriften einheitlich angewendet werden, empfiehlt es sich, einen Hygienestandard / Hygieneplan für die Einrichtung zu erarbeiten. Dieser hat die Aufgabe, alle Maßnahmen, die den Schutz der Pflegebedürftigen und ihrer Umgebung sowie den Schutz der Pflegenden vor unerwünschten Mikroorganismen gewährleisten, schriftlich festzuhalten und allen Mitarbeitern als verbindliche Handlungsanleitung zu dienen. Der Hygienestandard / Hygieneplan sollte allen Mitarbeitern nachweislich bekannt sein und mindestens Angaben enthalten über:

- Händedesinfektion,
- Tragen von Schutzkleidung,
- Umgang mit Schmutzwäsche,
- Hygiene im Umgang mit Pflegehilfsmitteln / Aufbereitung von Geräten.

Hygienische Gesichtspunkte bei speziellen Pflegemaßnahmen können auch in den dafür erstellten Pflegestandards/Richtlinien/Leitlinien festgelegt werden.

(vgl. Brunen, Helgard; Herold, Eva Elisabeth: *Ambulante Pflege. Die Pflege Gesunder und Kranker in der Gemeinde. Bd. 1 Hannover 1995, S. 370 f.*)

Die Empfehlungen der Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege sollten berücksichtigt werden. (vgl. *Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege: Hauskrankenpflege. Merkblatt M 767. Hamburg 1997*)

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- ein Hygienestandard / Hygieneplan vorliegt und
- dieser Hygienestandard / Hygieneplan jedem Mitarbeiter nachweislich bekannt ist (z.B. durch von den Mitarbeitern abgezeichnete Dienstanweisung, per Zufallsstichprobe Mitarbeiter befragen).

### 3.3.10 **Gibt es in der Pflegeeinrichtung Regelungen zum Umgang mit Beschwerden?** **Wenn ja: Welche?**

Regelungen zum Beschwerdemanagement sind zu empfehlen. Ein offener Umgang mit Beschwerden von Pflegebedürftigen, Angehörigen und Mitarbeitern ermöglicht es der Einrichtung, sich eigener Schwachstellen bewusst zu werden und Qualitätsverbesserungen zu erreichen. Sinnvoll ist ein schriftlich festgelegtes Beschwerdeverfahren.

## 3.4 **Beratung**

### 3.4.1 **Stellt die Einrichtung ihre Leistungen schriftlich dar?**

Nach den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben nach § 80 SGB XI für die ambulante Pflege stellen die Pflegeeinrichtungen ihre Leistungen schriftlich dar. Konkrete Vorgaben für die Inhalte dieser schriftlichen Darstellung liefern die Gemeinsamen Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI für die ambulante Pflege nicht.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- die Einrichtung in einer Broschüre / einem Faltblatt die Leistungen schriftlich darstellt, die sie derzeit erbringt. Die Inhaltliche Vollständigkeit dieser Darstellung ist nicht zu überprüfen.

### 3.4.2 **In welcher Form werden Beratungsfunktionen wahrgenommen?**

"Im Rahmen der pflegerischen Versorgung werden Angehörige vom Pflegedienst beraten und in gesundheitsfördernden und -sichernden Arbeits- bzw. Pflege Techniken unterstützt." (3.2.5. *Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI*)

Die Beratung kann z.B. erfolgen zu Prävention und Gesundheitsvorsorge, Pflege Techniken/-maßnahmen, Pflegehilfsmitteln / Hilfsmitteln, Rehabilitation, persönlichen Angelegenheiten und Behördenkontakten, Heimaufnahme.

Die Beratung kann in Form von Sozialberatung, regelmäßigen Sprechstunden, festen Ansprechpartnern, Informationsgesprächen angeboten werden.

Es kann hier z.B. überprüft werden, ob die Pflegeeinrichtung für Beratungssituationen einen Standard anwendet.

### 3.4.3 **Werden Pflegeeinsätze nach § 37 SGB XI durch Pflegefachkräfte sichergestellt?**

„Mit Abschluss des Versorgungsvertrages wird die Pflegeeinrichtung für die Dauer des Vertrages zur pflegerischen Versorgung der Versicherten zugelassen. Die zugelassene Pflegeeinrichtung ist im Rahmen ihres Versorgungsauftrages zur pflegerischen Versorgung des Versicherten verpflichtet; dazu gehört bei ambulanten Pflegediensten auch die Durchführung von Pflegeeinsätzen nach § 37 Abs. 3 auf Anforderung des Pflegebedürftigen. (...)“ (§ 72 Abs. 4 SGB XI)

Pflegeeinsätze dienen der Beratung des Pflegebedürftigen und seiner Pflegeperson(en) und der Einschätzung der Frage, ob die Pflege in geeigneter Weise sichergestellt ist. Diese Leistung ist durch Pflegefachkräfte durchzuführen.

Diese Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

laut Einsatz- oder Tourenplan Pflegefachkräfte die Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchführen.

## 4. Pflegedokumentation

### 4.1 **Liegt ein einheitliches Pflegedokumentationssystem vor?**

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- die dem Prüfteam von der Pflegeeinrichtung zur Verfügung gestellten Elemente des Pflegedokumentationssystems mit den bei den Pflegebedürftigen eingesehenen Dokumentationsunterlagen übereinstimmen.

### 4.2 **Welche Informationen können grundsätzlich mit dem angewandten Pflegedokumentationssystem systematisch erfasst werden bzw. welche Elemente umfasst das angewandte Pflegedokumentationssystem?**

#### 4.2.1 **Stammdaten**

#### 4.2.2 **Pflegeanamnese**

#### 4.2.3 **Biografie**

#### 4.2.4 **Probleme und Fähigkeiten, Ziele und geplante Maßnahmen sowie die Evaluation der Ergebnisse**

#### 4.2.5 **Durchführungsnachweis / Leistungsnachweis**

#### 4.2.6 **Pflegebericht**

#### 4.2.7 **Lagerungsplan**

#### 4.2.8 **Trink-/Bilanzierungsplan**

#### 4.2.9 **Überleitungsbogen**

„Der Pflegedienst hat ein geeignetes Pflegedokumentationssystem vorzuhalten.“ (3.2.3 *Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI*)

Ein Pflegedokumentationssystem soll die übersichtliche und jederzeit nachvollziehbare Dokumentation der Stammdaten sowie des Pflegeprozesses in all seinen Schritten ermöglichen. Pflegedokumentationssysteme werden in der Regel unterteilt in die Elemente Stammbblatt, Pflegeanamnese, Pflegeprozessplanung, Pflegedurchführungsnachweis sowie Pflegebericht. Sofern in den genannten Pflegedokumentationselementen ein übersichtlicher Lagerungs- und Bilanzierungsplan nicht geführt werden kann und die Dokumentation der Vitalzeichen nicht möglich ist, sind hierzu geeignete Formulare vorzuhalten und bei Bedarf einzusetzen.

Die nachfolgend aufgeführten Informationen müssen in der Pflegedokumentation dokumentiert werden können. Aufgrund der verschiedenen Angebote von Pflegedokumentationssystemen ist die folgende Zuordnung von Informationen zu einzelnen Formblättern exemplarisch.

Stammbblatt:

- Angaben zur Person einschließlich Konfession,
- Versicherungsdaten, Kostenübernahmeregelungen, Pflegestufe nach SGB XI,
- medizinische Diagnosen,
- Allergien,
- Kostform,



- medizinische / therapeutische Versorgungssituation sowie andere an der Versorgung beteiligte Dienste (z.B. Haus- und ggf. Fachärzte, Hilfsmittel, Schrittmacher, Verfügungen z.B. über künstliche Ernährung oder Reanimation, Krankengymnastik, Ergotherapie, Essen auf Rädern),
- soziale Versorgungssituation (z.B. Bezugsperson, Vollmachten, ggf. gesetzlicher Betreuer mit Wirkungskreis, ggf. Seelsorger),
- Informationen für Notfallsituationen (z.B. Aufbewahrungsort für Schlüssel, Adresse und Telefonnummer einer Bezugsperson, Notrufvereinbarungen),
- Aufenthalte in Einrichtungen (z.B. Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung).

#### Pflegeanamnese:

- Informationen über Biografie, Gewohnheiten, soziale Beziehungen, Kontakte, Befinden, Emotionalität, Wohn- und Lebensbereich, hauswirtschaftliche Versorgung, Bezugsperson,
- Wünsche, Bedürfnisse, Sorgen des Pflegebedürftigen,
- Informationen über den Grad der Selbständigkeit bei Aktivitäten des täglichen Lebens,
- Informationen über Gedächtnis und Konzentration,
- Informationen über Vitalfunktionen und pflegerelevante Probleme in Bezug auf Herz-Kreislauf, Atmung, Stoffwechsel, Schmerzen,
- Eintragungen von anderen an der Versorgung Beteiligten, wie Ärzte oder Therapeuten.

#### Pflegeprozessplanung:

- Ressourcen,
- Pflegeprobleme möglichst nach Priorität geordnet,
- potentielle Gefahren (z.B. Isolation, Sturzgefahr, Dekubitus),
- differenzierte Maßnahmenplanung (was, wie oft, wann, warum),
- kurzfristige Pflegeziele und / oder langfristige Pflegeziele,
- Regelmäßige Evaluation des Zielerreichungsgrades mit Datum und Unterschrift der durchführenden Pflegefachkraft.

#### Pflegedurchführungsnachweis:

- durchgeführte Maßnahmen einschließlich Datum und tageszeitlicher Zuordnung,
- Handzeichen der durchführenden Pflegekraft,
- nach Ablauf des Dokumentationsbogens Bestätigung der erbrachten Leistungen durch Unterschrift des Pflegebedürftigen,
- ggf. gesonderte Lagerungs- und Bilanzierungspläne sowie Vitalzeichenbogen.

#### Pflegebericht:

- wichtige Geschehnisse, Beobachtungen, Informationen,
- aktuelle Probleme,
- Verlauf,
- Ursachen und Begründung für Veränderungen der Ziel- und / oder Maßnahmenplanung,
- besondere Hinweise.

(Anhand der dem Prüfteam von der Pflegeeinrichtung zur Verfügung gestellten Elemente des Pflegedokumentationssystems zu überprüfen.)

## IX Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung beim Pflegebedürftigen

In der Prüfanleitung werden nur die Fragen aus dem Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung beim Pflegebedürftigen aufgeführt, zu denen Erläuterungen erforderlich sind.

### 2. Rahmenbedingungen der individuellen Leistungserbringung

#### 2.1 Erstkontakt / Betreuungsbeginn

##### 2.1.1 Erhielten Sie zu Beginn der Pflege durch die Pflegeeinrichtung Informationen über deren Leistungsangebot?

Zur Durchführung einer qualifizierten ambulanten Versorgung hat der Pflegedienst sich u.a. schriftlich vorzustellen und sein Hilfeangebot darzulegen. In dieser schriftlichen Vorstellung könnten u.a. Informationen enthalten sein über:

- das vorgehaltene Leistungsangebot,
- die Form und Durchführung der Leistungserbringung,
- das Pflegekonzept,
- die personelle Ausstattung,
- die Verfügbarkeit bzw. Erreichbarkeit des Pflegedienstes,
- Art und Form der Kooperation mit anderen Diensten,
- Wahrnehmung von Beratungsfunktionen,
- Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen.

(vgl. 3.2.1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI)

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- der Pflegebedürftige und / oder seine Angehörigen in einem persönlichen Gespräch (z.B. im Rahmen des Erstbesuches) über das Leistungsangebot informiert wurden und
- dem Pflegebedürftigen und / oder seinen Angehörigen Informationsmaterial zur Verfügung gestellt wurde, worin das Leistungsangebot des Pflegedienstes vorgestellt ist.

##### 2.1.2 Wurden Ihre Wünsche und Erwartungen zur Versorgung beim Erstgespräch bzw. der Anamneseerhebung erfragt?

z.B. bezüglich der Lebensgewohnheiten, des Lebensstils, der gewohnten Umgangsformen mit der eigenen Körperpflege, der Vorlieben etc.

Diese Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- nach Auffassung des Pflegebedürftigen und / oder seiner Angehörigen die Wünsche und Erwartungen zur pflegerischen Versorgung beim Erstgespräch bzw. der Anamneseerhebung erfragt wurden.

##### 2.1.3 Werden Ihre Wünsche und Erwartungen berücksichtigt?

Diese Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- nach Auffassung des Pflegebedürftigen und / oder seiner Angehörigen die Wünsche und Erwartungen zur Versorgung bei der Pflege überwiegend berücksichtigt werden.

### 2.1.4 **Besteht ein Pflegevertrag?**

Laut Rahmenvertragsempfehlung nach § 75 Abs. 5 SGB XI besteht keine generelle Verpflichtung, zwischen Pflegedienst und Pflegebedürftigen einen schriftlichen Pflegevertrag abzuschließen (eine Ausnahme bildet z. B. Baden-Württemberg, hier ist der Pflegedienst laut § 6 des Rahmenvertrages nach § 75 Abs. 1 SGB XI verpflichtet, dem Pflegebedürftigen einen Pflege- und Betreuungsvertrag anzubieten, ebenso ist in Hamburg laut § 3 des Landespflegegesetzes vom 20. Juni 1996 eine schriftliche Vereinbarung abzuschließen.). Zwischen Leistungserbringer und Leistungsempfänger besteht aber in jedem Fall ein mündlicher Vertrag. Der Abschluss eines schriftlichen Pflegevertrages sollte jedoch als gängiger Standard angesehen werden, da nur so für alle Beteiligten Transparenz über das Leistungsgeschehen sowie die Rechte und Pflichten des Pflegedienstes und des Leistungsempfängers hergestellt werden kann.

Es ist positiv zu vermerken, wenn die Pflegeeinrichtung einen Pflegevertrag mit allen Pflegebedürftigen abschließt.

### 2.1.6 **Werden die vereinbarten Leistungen durchgeführt? Wenn nein: Warum nicht?**

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- die vereinbarten Leistungen nach Angabe des Pflegebedürftigen und / oder seiner Angehörigen immer durchgeführt wurden (wenn ein Pflegevertrag schriftlich abgeschlossen wurde und dieser Aussagen zu den vereinbarten Leistungen enthält, kann dieser zur Klärung dieser Frage mit herangezogen werden, bei einem Widerspruch zum Leistungsnachweis in der Pflegedokumentation sind die Aussagen des Pflegebedürftigen und / oder seiner Angehörigen maßgeblich) und
- deren Durchführung in der Pflegedokumentation mit Handzeichen bestätigt wurde.

### 2.1.7 **Wurden Sie durch die Pflegeeinrichtung vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie selbst übernehmen müssen?**

Diese Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- nach Auffassung des Pflegebedürftigen und / oder seiner Angehörigen diese vor Leistungsbeginn darüber informiert wurden, welche Kosten sie unter Berücksichtigung der Leistungsgrenzen der Pflegeversicherung selbst übernehmen müssen (wenn ein Pflegevertrag schriftlich abgeschlossen wurde und dieser einen Kostenvoranschlag mit Angabe der voraussichtlich anfallenden Kosten und der jeweiligen Kostenträgerschaft enthält, kann dieser zur Klärung dieser Frage mit herangezogen werden).

## 2.2 **Organisatorische Absprachen und Erreichbarkeit**

### 2.2.1 **Sind mit dem Pflegedienst feste Einsatzzeiten vereinbart?**

Diese Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- nach Auffassung des Pflegebedürftigen und / oder seiner Angehörigen vor Leistungsbeginn feste Einsatzzeiten vereinbart wurden (wenn ein Pflegevertrag schriftlich abgeschlossen wurde und dieser Aussagen zu festen Einsatzzeiten enthält, kann dieser zur Klärung dieser Frage mit herangezogen werden).

### 2.2.2 **Wurden Ihre Wünsche bei diesen Zeitvereinbarungen berücksichtigt?**

Diese Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- nach Auffassung des Pflegebedürftigen und / oder seiner Angehörigen deren Wünsche bei der Zeitvereinbarung berücksichtigt wurden. (wenn ein Pflegevertrag schriftlich abgeschlossen wurde und dieser Aussagen zu festen Einsatzzeiten enthält, kann dieser zur Klärung dieser Frage mit herangezogen werden).

### 2.2.3 **Werden diese Zeiten eingehalten?**

„Die Einsatzorganisation von Pflegekräften wird orientiert an dem individuellen Pflegebedarf von der verantwortlichen Pflegefachkraft vorgenommen. Diese hat dafür Sorge zu tragen, dass die Pflegeeinsätze zeitlich nach den angemessenen Wünschen des Pflegebedürftigen festgelegt werden und einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung entsprechen.“ (3.2.4, Sätze 2 und 3 *Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI*)

Diese Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- nach Auffassung des Pflegebedürftigen und / oder seiner Angehörigen Zeitvereinbarung eingehalten wurden. (wenn ein Pflegevertrag schriftlich abgeschlossen wurde und dieser Aussagen zu festen Einsatzzeiten enthält, kann dieser zur Klärung dieser Frage mit herangezogen werden, die Angaben des Pflegebedürftigen sind mit den Zeitangaben der Pflegedokumentation zu vergleichen, bei einem Widerspruch zu Zeitangaben in der Pflegedokumentation sind die Aussagen des Pflegebedürftigen und / oder seiner Angehörigen maßgeblich).

### 2.2.4 **Ist der Pflegedienst täglich Rund um die Uhr, auch nachts, für Sie erreichbar?**

„Der Pflegedienst erbringt entsprechend dem individuellen Pflegebedarf Pflegeleistungen bei Tag und Nacht einschl. an Sonn- und Feiertagen. Der Pflegedienst muss über eigene Geschäftsräume verfügen und ständig erreichbar sein.“ (3.1.1.1, Abs. 2 *Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI*)

z. B. Rufbereitschaft, Anrufweiterschaltung, Mobiltelefon, Kooperationsvereinbarungen. Der ausschließliche Einsatz eines Anrufbeantworters reicht nicht aus.

Diese Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- nach Auffassung des Pflegebedürftigen und / oder der Angehörigen der Pflegedienst täglich, einschließlich an Sonn- und Feiertagen, Rund-um-die-Uhr erreichbar ist und
- der Pflegebedürftige oder der Angehörige die Rufnummer des Pflegedienstes oder des Kooperationspartners kennt.

## 2.3 **Personal**

### 2.3.1 **Kommen immer dieselben Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung zu Ihnen?**

„Durch die Bildung überschaubarer Pflegeteams ist größtmögliche Kontinuität sicherzustellen, damit pflege- und betreuungsbedürftige Menschen von möglichst wenigen Personen betreut werden.“ (3.2.4, Satz 1 *Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI*)

Maßstab für die Zufriedenheit der Pflegebedürftigen mit der Leistungserbringung durch den Pflegedienst ist u.a., dass diese von einem überschaubaren Kreis von Mitarbeitern versorgt werden. Nur so kann es gelingen eine Vertrauensbasis zwischen Pflegebedürftigen und Leistungserbringern zu schaffen.

### 2.3.2 **Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?**

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- nach Auffassung des Pflegebedürftigen und / oder seiner Angehörigen die Mitarbeiter der Einrichtung überwiegend höflich und freundlich sind.

**2.3.3      Werden Sie von den Mitarbeitern immer so angesprochen, wie Sie es wünschen?**

Wunschgemäßes ansprechen mit Sie bzw. Nachnamen, Du bzw. Vornamen, Titel muss vorausgesetzt werden. Die Verwendung der Du-Form oder des Vornamens des Pflegebedürftigen bzw. anderer Anreden als die Sie-Form sollte nur im Einvernehmen zwischen den einzelnen Mitarbeitern und den Pflegebedürftigen erfolgen.

**3.            Berücksichtigung individueller Bedürfnisse im Rahmen der direkten Pflege**

Die ganzheitliche Beurteilung der Qualität der pflegerischen Versorgung ist immer davon abhängig, welche Leistungen der Pflegebedürftige mit dem Pflegedienst vereinbart hat. Wenn Leistungen aus Sicht des Gutachters für den Pflegebedürftigen erforderlich sind, von diesem aber nicht abgefragt werden, kann dies dem Pflegedienst nur dann als Qualitätsmangel angelastet werden, wenn er die Diskrepanzen zwischen Hilfebedarf und abgefragten Leistungen in der Pflegedokumentation nicht festgehalten hat. Die Beratungsleistung des Pflegedienstes in dieser Hinsicht muss nachvollziehbar sein.

**3.2           Körperpflege**

**3.2.1      Werden Sie von den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?**

Wenn ein Hilfebedarf beim Waschen besteht, dabei Leistungen durch die Pflegeeinrichtung erbracht werden (festzustellen anhand der Pflegedokumentation und der dokumentierten Leistungen) und der Pflegebedürftige aus Sicht des Gutachters Selbsthilfepotential für das Waschen hat, ist zu überprüfen, ob der Pflegebedürftige unterstützt/motiviert wird, sich teilweise oder ganz selber zu waschen.

**3.2.2      Wird die Körperpflege Ihren individuellen Wünschen entsprechend erbracht?**

Die Frage bezieht sich darauf, ob:

- individuelle Vorlieben, Rituale, Gewohnheiten berücksichtigt werden,
- die Intimsphäre bei der Leistungserbringung berücksichtigt wird,
- die Uhrzeiten zu denen die Leistungen im Bereich der Körperpflege erbracht werden, den individuellen Bedürfnissen des Pflegebedürftigen entsprechen.

### 3.2.5 **Achten die Mitarbeiter darauf, dass Sie Ihre Brille / Ihr Hörgerät / Ihre Zahnprothese tragen?**

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- bei benötigten Brillen / Hörgeräten / Zahnprothesen die Mitarbeiter der Einrichtung darauf achten, dass der Pflegebedürftige diese tatsächlich trägt oder
- bei benötigten Brillen / Hörgeräten / Zahnprothesen und nicht vorhandener Compliance, eine Motivierung der Pflegebedürftigen durch die Mitarbeiter der Einrichtung anhand der Pflegedokumentation nachvollziehbar ist.

## 3.4 **Mobilität**

### 3.4.2 **Werden Gehhilfen oder andere Hilfsmittel zur Mobilität nach ihren Bedürfnissen eingesetzt?**

Gehhilfen oder andere Hilfsmittel zur Mobilität sollten im Sinne der aktivierenden Pflege eingesetzt werden, d. h. z. B., dass ein Pflegebedürftiger, der mit Gehstock und personeller Hilfe im Wohnbereich gehen kann, nicht aus Gründen der Zeitersparnis mit einem Rollstuhl gefahren werden soll.

## 3.7 **Zufriedenheit**

### 3.7.2 **Haben Sie sich bei der Pflegeeinrichtung schon einmal beschwert? Wenn ja: Warum?**

Gründe für Beschwerden können z.B. sein:

- unfreundliches oder häufig wechselndes Personal,
- Unpünktlichkeit,
- Unzuverlässigkeit,
- unvollständige Leistungserbringung,
- unangemessenes Tempo der Mitarbeiter bei der Leistungserbringung,
- Mitarbeiter sprechen zu schnell oder unverständlich,
- Unverständlichkeit der Rechnungen.

### 3.7.3 **Hat sich nach der Beschwerde etwas zum Positiven verändert?**

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- sich aus Sicht des Pflegebedürftigen und / oder seiner Angehörigen nach einer Beschwerde etwas zum Positiven verändert hat.

## 3.8 **Pflegerrelevante Beobachtungen**

### 3.8.1 **Ist der Umgang der Pflegekraft mit dem Pflegebedürftigen angemessen?**

Wenn eine Pflegekraft im Umgang mit dem Pflegebedürftigen beobachtet werden kann, ist hierbei zu bewerten, ob die Pflegekraft die Persönlichkeit des Pflegebedürftigen respektiert und dessen Intimsphäre wahrt.

## 3.8.2

**Sind bei dem Pflegebedürftigen freiheitseinschränkende Maßnahmen festzustellen?**

Beispiele für freiheitseinschränkende bzw. freiheitsberaubende Maßnahmen sind:

- Anlegen von Hand- bzw. Fußfesseln,
- Anlegen von Bauchgurten, wenn keine Möglichkeit für den Pflegebedürftigen besteht, diese selbst zu lösen oder lösen zu lassen,
- Fixieren von Pflegehemden,
- Aufstellen von Bettgittern,
- Sicherheitsgurt am Stuhl, wenn keine Möglichkeit für den Pflegebedürftigen besteht, diese selbst zu lösen oder lösen zu lassen,
- Ausübung psychischen Drucks,
- Wegnahme von Schuhen und Kleidung.

Die Psychopharmakagabe ohne oder gegen den Willen des Pflegebedürftigen ist rechtlich genauso zu bewerten wie eine Fixierung.

(vgl. Klie, Thomas: *Lehrbuch Altenpflege. Rechtskunde. Das Recht der Pflege alter Menschen. Hannover 1996<sup>5</sup>, Seite 150 ff.*)

Hierbei ist auch zu bewerten, ob Anzeichen für durchgeführte freiheitseinschränkende bzw. freiheitsberaubende Maßnahmen (z.B. Druckmarken an Hand- und Fußgelenken) vorliegen.

## 3.8.2.1

**Wenn ja:  
Mit Zustimmung des Pflegebedürftigen oder richterlicher Genehmigung oder bei Vorliegen eines rechtfertigenden Notstandes?**

In engen Grenzen können freiheitseinschränkende bzw. freiheitsberaubende Maßnahmen zulässig sein. Dies gilt bei:

- Einwilligung durch den Betroffenen,
- Vorliegen der Voraussetzungen des § 34 StGB (rechtfertigender Notstand),
- richterlicher Genehmigung oder beschlossener Unterbringung.

Bei einer nicht durch Täuschung oder Drohung zustande gekommene Einwilligung des Pflegebedürftigen, mit dem eine Verständigung möglich ist und der noch zu zweckhafter Willensäußerung fähig ist und Sinn und Zweck der Maßnahme erkennt und akzeptiert, ist eine Fixierung ausnahmsweise möglich. Es ist in diesen Fällen aber sicherzustellen, dass der Pflegebedürftige kurzfristig Hilfe rufen kann um sich zu befreien, da die Einwilligung jederzeit widerrufen werden kann. Die Einwilligung hat sich jeweils auf die aktuelle Situation zu beziehen, eine Einwilligung von Pflegebedürftigen in künftig gegen sie zu ergreifende Maßnahmen ist weder rechtlich zulässig noch in der Situation wirksam. Ist der Pflegebedürftige nicht mehr in der Lage seine Einwilligung zu geben, so ist ggf. durch den Betreuer eine Einwilligung einzuholen.

Fixierungen und ähnliche Maßnahmen können ausnahmsweise und für kurze Zeit unter den Voraussetzungen des rechtfertigenden Notstandes (§ 34 StGB) zulässig sein, wenn keine Einwilligung zu erzielen ist. Dies trifft dann zu, wenn der Pflegebedürftige in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Körper, Freiheit oder Eigentum eine Tat begeht. Ziel ist es dabei, die Gefahr von sich oder anderen abzuwenden. Dabei muss bei Abwägung der widerstreitenden Interessen das geschützte Interesse das beeinträchtigte wesentlich überwiegen.

Für regelmäßige und dauerhafte Fixierungen und ähnliche Maßnahmen ist ein richterlicher Beschluss erforderlich. In diesen Fällen sind Zwangsmaßnahmen nur in dem Umfang gerechtfertigt, als sie zur Sicherstellung des Unterbringungszweckes unbedingt erforderlich sind.

Zwangsmaßnahmen sind immer nur dann zulässig, wenn andere Maßnahmen (z.B. persönliche Betreuung) erfolglos bleiben. Fixierungen u. ä. Maßnahmen sind schriftlich zu dokumentieren (Anlass, Anordnung, Dauer), damit sich Arzt, Aufsichtsbehörde bzw. das Gericht von der Erforderlichkeit der Maßnahmen unter Beschränkung auf

Notfallsituationen überzeugen können. Für die Dauer der Maßnahme ist der Pflegebedürftige besonders zu betreuen.

(vgl. Klie, Thomas: *Lehrbuch Altenpflege. Rechtskunde. Das Recht der Pflege alter Menschen. Hannover 1996*<sup>5</sup>, Seite 152 ff.)

### 3.8.3 **Gewicht und Körpergröße laut Schätzung sowie Ernährungszustand des Pflegebedürftigen?**

Unter Berücksichtigung von Körpergröße und Gewicht ist der Ernährungszustand des Pflegebedürftigen zu beschreiben (z.B. gut, kachektisch, adipös).

### 3.8.6 **Wie ist der Pflegezustand des Pflegebedürftigen?**

Zu beschreiben sind:

- Hautzustand (z.B. normal, trocken, schuppig, gespannter bzw. schlaffer Hautturgor, Ödeme, Dekubitus, Ulzerationen, Wunden, Hämatome),
- Mundzustand: (z.B. Schleimhaut feucht / trocken, Lippen geschmeidig / trocken, Schleimhäute trocken oder mit borkigen Belägen, Schleimhautdefekte, Lippen trocken oder mit borkigen Belägen),
- Finger- und Fußnägel (z.B. Fingernägel gerundet geschnitten, Fußnägel gerade geschnitten, sauber),
- Haare/Frisur (z.B. nach individuellen Wünschen des Pflegebedürftigen gepflegt),
- Versorgung mit Sonden, Kathetern und Inkontinenzprodukten (z.B. Magensonde, PEG, transurethralem Blasenverweilkatheter, suprapubischem Katheter, Vorlagen, Inkontinenzslips),
- Orientierung und Kommunikation (z.B. zeitliche, örtliche, räumliche und personelle Orientierung, Brille, Hörgerät),
- sonstige pflegerelevante Beobachtungen.

## 4. **Pflegedokumentation und Umsetzung des Pflegeprozesses**

Die Pflegedokumentation sollte ein individuelles Bild des Pflegebedürftigen widerspiegeln. Angaben von anderen Pflegepersonen (Angehörigen etc.) sind einzubeziehen. Alle Eintragungen in der Pflegedokumentation sind mit Handzeichen und Datum zu versehen.

### 4.1 **Wird die Pflegedokumentation beim Pflegebedürftigen aufbewahrt?**

Die Pflegedokumentation „(...) ist beim Versicherten aufzubewahren.“ (3.2.3, Satz 3 *Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI*) Um einen ausreichenden Überblick über die Situation des Pflegebedürftigen zu erhalten, sollten die beim Pflegebedürftigen aufbewahrten Dokumentationselemente den Zeitraum der vergangenen drei Monate widerspiegeln. Begründete Ausnahmen (z.B. der Pflegebedürftige ist desorientiert und „versteckt“ die Dokumentation oder der Pflegebedürftige reagiert auf Aussagen zu seinem Zustand in der Dokumentation mit aggressivem Verhalten) sind möglich.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- die Pflegedokumentation außer bei begründeten Ausnahmen immer beim Pflegebedürftigen aufbewahrt wird und
- die beim Pflegebedürftigen aufbewahrten Dokumentationselemente den Zeitraum der vergangenen drei Monate widerspiegeln.



## 4.2

**Wurde ein Erstgespräch geführt?  
durch PFK**

„Der Pflegedienst führt zur Feststellung des Hilfebedarfs und der häuslichen Pflegesituation einen Erstbesuch beim Pflegebedürftigen durch. Dabei sind die Möglichkeiten der aktivierenden Pflege und die beim Pflegebedürftigen vorhandenen Ressourcen und Fähigkeiten zur Einbeziehung in den Pflegeprozess herauszuarbeiten. (...) Der Pflegebedürftige, seine Angehörigen und andere an der Pflege Beteiligte sind einzubeziehen.“ (3.2.2.1, Abs. 1 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI)

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- aus der Dokumentation ersichtlich ist, dass ein solches Gespräch geführt wurde.

Durch PFK ist anzukreuzen, wenn:

- dieses Gespräch anhand des Handzeichens in der Pflegedokumentation nachweislich durch eine Pflegefachkraft durchgeführt wurde.

## 4.3

**Wurden alle Stammdaten in der Pflegedokumentation erfasst?**

Zu den wesentlichen Stammdaten können folgende Angaben zählen:

- Angaben zur Person einschließlich Konfession,
- Versicherungsdaten, Kostenübernahmeregelungen, Pflegestufe nach SGB XI,
- medizinische Diagnosen,
- Allergien,
- Kostform,
- medizinische / therapeutische Versorgungssituation sowie andere an der Versorgung beteiligte Dienste (z.B. Haus- und ggf. Fachärzte, Hilfsmittel, Schrittmacher, Verfügungen z.B. über künstliche Ernährung oder Reanimation, Krankengymnastik, Ergotherapie, Essen auf Rädern),
- soziale Versorgungssituation (z.B. Bezugsperson, Vollmachten, ggf. gesetzlicher Betreuer mit Wirkungskreis, ggf. Seelsorger),
- Informationen für Notfallsituationen (z.B. Aufbewahrungsort für Schlüssel, Adresse und Telefonnummer einer Bezugsperson, Notrufvereinbarungen),
- Aufenthalte in Einrichtungen (z.B. Krankenhaus, Rehabilitationseinrichtung).

## 4.4

**Ist eine Pflegeanamnese erstellt worden?  
durch PFK**

Die Pflegeanamnese (Pflegevorgeschichte) umfasst ein systematisches und zielgerichtetes Gespräch, in dem eine Pflegefachkraft in aktiver Zusammenarbeit mit dem Pflegebedürftigen alle für die individuelle Pflege wichtigen Fakten sammelt. Dies umfasst sowohl die Gesundheitsgeschichte, die soziale Biografie, die persönlichen Pflegegewohnheiten sowie die Gesamtbeschreibung der aktuellen Situation (Ist-Zustand). Als pragmatische Orientierungs- und Gliederungshilfe können z.B. die Aktivitäten und existentiellen Erfahrungen des Lebens (AEDL) nach Monika Krohwinkel oder die Aktivitäten des täglichen Lebens (ATL) nach Liliane Juchli genutzt werden. Die Pflegeanamnese sollte als ein Ergebnis das Spektrum der Abhängigkeiten und Unabhängigkeiten in den Lebensaktivitäten abbilden, wobei sowohl die Einschätzung des Pflegebedürftigen als auch die der Pflegefachkraft von Interesse sind. (vgl. Arets, Jos; Obex, Franz; Vaessen, John; Wagner, Franz: *Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen*. Bocholt 1996, S. 273 ff. Sowinski, Christine; Kämmer, Karla: *Pflegeplanung und Pflegedokumentation* In: Büse, Friedhelm; Eschemann, Roswitha; Kämmer, Karla u.a. (Hrsg.): *Heim aktuell. Leitungshandbuch für Altenhilfeeinrichtungen*. Vincentz-Verlag Hannover 1995, S. 17 e ff.)

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- eine Gesundheitsgeschichte und
- persönliche Pflegegewohnheiten und
- die Gesamtbeschreibung der aktuellen Situation (Ist-Zustand) dokumentiert sind.

Durch PFK ist anzukreuzen, wenn:

- diese anhand des Handzeichens in der Pflegedokumentation nachweislich durch eine Pflegefachkraft erstellt wurde.

#### 4.4.1 Enthält die Pflegeanamnese Angaben zur Biografie?

Bei einer biografischen Informationssammlung geht es um die Erfassung von für die Pflege und Betreuung wichtigen Aspekten der Lebensgeschichte. Es sollten die wichtigsten Lebenserfahrungen, Kommunikationsarten und typischen Verhaltensweisen zusammengetragen werden. Von besonderer Bedeutung ist die Biografie bei Pflegebedürftigen mit dementiellen Erkrankungen. Die biografische Arbeit ist essentieller Bestandteil der Begleitung von Menschen auf einem längeren Lebensweg. Die Vergangenheit ist für das Verstehen des Pflegebedürftigen in der aktuellen Pflege- und Betreuungssituation von großer Bedeutung. Begebenheiten aus der Vergangenheit können für das heutige Erleben und Verhalten des Pflegebedürftigen Hinweise geben. Die Kenntnis der Vergangenheit und der regionalen Herkunft des Pflegebedürftigen ermöglichen ein besseres Verständnis für individuelle Gewohnheiten, Traditionen und Werte des Pflegebedürftigen. (vgl. Sowinski, Christine; Kämmer, Karla: *Pflegeplanung und Pflegedokumentation In: Büse, Friedhelm; Eschemann, Roswitha; Kämmer, Karla u.a. (Hrsg.): Heim aktuell. Leitungshandbuch für Altenhilfeeinrichtungen. Vincentz-Verlag Hannover 1995, S. 17 b.f.*)

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- in einem gesonderten Dokumentationsblatt zur Biografie oder an anderer Stelle in der Pflegedokumentation biografische Daten des Pflegebedürftigen dokumentiert sind.

#### 4.4.2 Enthält die Pflegedokumentation differenzierte Aussagen zu Ressourcen / Fähigkeiten und Problemen / Defiziten des Pflegebedürftigen?

Die systematische Durchführung der Pflege nach dem Prinzip der aktivierenden Pflege ist nur möglich auf der Basis einer Sammlung von Informationen über die Ressourcen / Fähigkeiten (Selbstpflege- und Selbsthilfefähigkeit) sowie Probleme / Defizite (eingeschränkte Unabhängigkeit in einer Lebensaktivität).

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- Ressourcen / Fähigkeiten und
- Probleme / Defizite des Pflegebedürftigen in der Pflegedokumentation dokumentiert sind.

#### 4.5 Sind individuelle Pflegeziele formuliert? durch PFK

Unter Pflegezielen wird ein erwartetes konkret formuliertes Ergebnis verstanden. Nur mit der Definition von Pflegezielen ist ein einheitliches und zielgerichtetes Arbeiten möglich. Funktionen von Pflegezielen sind die Beteiligung des Pflegebedürftigen an der Pflege, die Lenkung der Pflegeinterventionen sowie die Aufstellung von Kriterien zur Beurteilung der Effektivität der Pflege.

Pflegeziele müssen realistisch, erreichbar und überprüfbar sein. Sie werden unterteilt in:

- Fernziele, wie möglichst optimale Lebensqualität, größtmögliche Unabhängigkeit in bestimmten Lebensbereichen, Neuorientierung im Leben, Aufrechterhaltung der familiären Beziehungen,
- Nahziele, wie Beschreibungen über das angestrebte Verhalten, Handeln, Zustand, Wissen, Können i. S. der Selbständigkeit oder der Erhaltung vorhandener Fähigkeiten.

Pflegeziele sollten sich an den Wünschen der Pflegebedürftigen orientieren. Wichtig ist, dass die Anzahl der definierten Pflegeziele überschaubar ist. Über die Zieldatierung der Pflegeziele werden die Zielerreichung, die Planungsüberprüfung, Neuformulierung von Problemen und Zielen erkennbar.

(vgl. Arets, Jos; Obex, Franz; Vaessen, John; Wagner, Franz: *Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen. Bocholt 1996, S. 316 ff*)

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- Pflegeziele in der Pflegedokumentation formuliert sind und
- nach Einschätzung des Gutachters im inhaltlichen Zusammenhang mit den festgestellten Ressourcen und Defiziten stehen.

Durch PFK ist anzukreuzen, wenn:

- diese anhand des Handzeichens in der Pflegedokumentation nachweislich durch eine Pflegefachkraft formuliert wurden.

#### 4.5.1 **Sind die Nahziele überprüfbar?**

Damit Nahziele für die Steuerung des Pflegeprozesses praxisrelevant sind, müssen die aufgestellten Pflegeziele überprüfbar und mit einem Zieldatum versehen sein, z.B.

- der Pflegebedürftige kann bis zu einem festgelegten Datum wieder mit einem Gehstock ohne personelle Hilfe angstfrei und sicher in seiner Wohnung laufen oder
- der Pflegebedürftige trinkt täglich 1.600 ml Flüssigkeit.

Damit Nahziele Pflegekräfte und Pflegebedürftige motivieren, müssen Pflegeziele realistisch und damit erreichbar sein. Bei einem Pflegebedürftigen mit einer Demenz vom Typ Alzheimer (Phase 6 mittelschwere Demenz), der beim Anziehen auf Anleitung angewiesen ist, wäre es beispielsweise unrealistisch, selbständiges Anziehen anzustreben. In der Langzeitpflege steht in der Regel die Erhaltung vorhandener Fähigkeiten im Vordergrund der pflegerischen Zielsetzung.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- Pflegeziele konkrete überprüfbare Kriterien enthalten.

#### 4.6 **Sind auf der Grundlage der Probleme und Ressourcen individuelle Pflegemaßnahmen zur Erreichung der Pflegeziele geplant? durch PFK**

Die geplanten individuellen Pflegemaßnahmen müssen auf der Basis der in der Pflegeanamnese ermittelten Probleme und Ressourcen der Erreichung der aufgestellten Pflegeziele dienen. Die geplanten Pflegemaßnahmen müssen handlungsleitend formuliert sein, um eine kontinuierliche und individuelle Versorgung des Pflegebedürftigen durch alle Mitarbeiter zu gewährleisten. Das heisst, sie sollten Aussagen darüber enthalten, wann, wie oft, welche Maßnahme mit welchen Mitteln durchgeführt werden.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- individuelle Pflegemaßnahmen zur Erreichung von definierten Pflegezielen geplant sind und
- diese handlungsleitend formuliert sind.

Durch PFK ist anzukreuzen, wenn:

- die Maßnahmen anhand des Handzeichens in der Pflegedokumentation nachweislich durch eine Pflegefachkraft geplant wurden.

#### 4.6.1 **Ist vom Pflegedienst dokumentiert, welche Leistungen innerhalb des Pflegeprozesses durch den Pflegebedürftigen, Angehörige, den Pflegedienst oder andere Pflegepersonen erbracht werden können?**

„Der Pflegedienst stellt fest, welche Leistungen innerhalb des Pflegeprozesses durch den Pflegebedürftigen, Angehörige, den Pflegedienst oder andere Pflegepersonen erbracht werden können. Den angemessenen Wünschen des Pflegebedürftigen ist Rechnung zu tragen“. (3.2.2.1, Abs. 2 Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI)

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- in der Pflegedokumentation nicht nur festgehalten wurde, welche Leistungen der Pflegedienst erbringt, sondern auch, welche Leistungen durch den Pflegebedürftigen, Angehörige oder andere Pflegepersonen erbracht werden können.

#### 4.6.2. **Werden bei der individuellen Pflegeprozessplanung prophylaktische Maßnahmen berücksichtigt?**

„Die Hilfen bei den Verrichtungen der Körperpflege, der Ernährung und Mobilität dienen zugleich dem Ziel der Vorbeugung von Sekundärerkrankungen.“ (§ 1 Abs. 1 Satz 3 Rahmenvertragsempfehlung nach § 75 Abs. 5 SGB XI)

Zu den gesundheitsfördernden und -erhaltenden Aufgaben der Pflegekräfte gehört die Durchführung von prophylaktischen Maßnahmen zur Verhütung von Folge- und Begleiterkrankungen. Grundsätze prophylaktischer Pflege sind:

- Prophylaxen in die individuelle Pflegeprozessplanung einbeziehen,
- mit Prophylaxen Hilfe zur Selbsthilfe geben, Eigenkompetenz stärken,
- Prophylaxen dokumentieren.

Prophylaxen können sein:

- Sturzprophylaxe,
- Dehydratationsprophylaxe,
- Dekubitusprophylaxe,
- Pneumonieprophylaxe,
- Thromboseprophylaxe,
- Kontrakturenprophylaxe,
- Munderkrankungsprophylaxe,
- Intertrigoprophyaxe,
- Obstipationsprophylaxe,
- Harnwegsinfektprophylaxe.

(vgl. Köther, Ilka; Gramm, Else (Hrsg.): *Altenpflege in Ausbildung und Praxis*. Stuttgart 1995<sup>3</sup>. Mötzing, G.; Wurlitzer, Grit (Hrsg.): *Leitfaden Altenpflege*. Stuttgart 1998.)

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- aus Sicht des Gutachters notwendige prophylaktische Maßnahmen bei der individuellen Pflegeprozessplanung ausreichend berücksichtigt werden.

#### 4.6.3 **Spiegelt die Pflegedokumentation die Anwendung von Pflegestandards/Richtlinien/Leitlinien wider?**

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- in der Pflegeprozessplanung ein Hinweis auf die angewendeten Pflegestandards erfolgt.

#### 4.6.3.1 **Sind die angewandten Pflegestandards/Richtlinien/Leitlinien der individuellen Situation des Pflegebedürftigen angepasst?**

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- Abweichungen vom Standard im Einzelfall in der Pflegeprozessplanung dargestellt werden.

4.7

**Wird die Durchführung der geplanten Maßnahmen dokumentiert und von den durchführenden Mitarbeitern mit Handzeichen bestätigt?**

Die geplanten Maßnahmen müssen nachvollziehbar durchgeführt werden. Zum Nachweis hierzu kann ein Durchführungskontrollbogen oder Durchführungsnachweis dienen, in dem die durchzuführenden Pflegemaßnahmen aufgelistet sind und von den durchführenden Pflegekräften mit Datum, tageszeitlicher Zuordnung und Handzeichen abgezeichnet werden. Dieser Sachverhalt sollte durch einen Abgleich mit dem Dienstplan und / oder Einsatzplan bestätigt werden.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- alle geplanten Pflegemaßnahmen zeitnah und nachvollziehbar nach Durchführung mit Handzeichen gegengezeichnet sind und
- Datum und tageszeitliche Zuordnung nachvollziehbar sind.

4.8

**Enthält der Pflegebericht regelmäßig Angaben zu Veränderungen, Befindlichkeiten des Pflegebedürftigen, Reaktionen auf pflegerische Maßnahmen, Abweichungen von den geplanten Maßnahmen?**

Beispiele hierzu sind Pflegeerfolge, aktuelle Ereignisse wie Stürze, physische und psychische Befindlichkeiten wie Schmerzen, Freude, Angst.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- eine kontinuierliche Pflegeberichterstattung erfolgt, in der die oben genannten Aspekte berücksichtigt werden und
- der Pflegebericht den Langzeitverlauf und die aktuelle Befindlichkeit widerspiegelt.

4.8.1

**Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?**

Z.B. bei Stürzen oder akuten gesundheitlichen Veränderungen des Pflegebedürftigen Information des Arztes.

4.9

**Werden Pflegeergebnisse regelmäßig überprüft und definierte Pflegeziele und geplante Pflegemaßnahmen angepasst? durch PFK**

Die Ergebnisse der Pflegemaßnahmen müssen regelmäßig überprüft werden. Maßstab für die Überprüfung sind die vorab definierten Pflegeziele. Der Zeitabstand der Überprüfung der Pflegeergebnisse kann abhängig von den Pflegezielen oder in festgelegten Zeitabständen erfolgen. Bei pflegerelevanten Veränderungen in der Situation des Pflegebedürftigen (z.B. Gesundheitsverschlechterung, Zustand nach durchgeführter Rehabilitation) muss eine Überprüfung und ggf. Anpassung der Pflegeziele und der Pflegemaßnahmen immer erfolgen.

Eine Regelung (z.B. Stellenbeschreibungen, Standards, Dienstanweisungen) für den Zeitpunkt der Überprüfung der Pflegeziele in der Pflegeeinrichtung ist zu empfehlen.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- Pflegeergebnisse regelmäßig überprüft und Pflegeziele und Pflegemaßnahmen angepasst werden und
- bei pflegerelevanten Veränderungen in der Situation des Pflegebedürftigen Pflegeziele und Pflegemaßnahmen zeitnah überprüft und angepasst werden.

Durch PFK ist anzukreuzen, wenn:

- die Überprüfung anhand des Handzeichens in der Pflegedokumentation nachweislich durch eine Pflegefachkraft durchgeführt wurde.

#### 4.10 **Wird ein Überleitungsbogen angewandt?**

Zur Gewährleistung eines zeitnahen und systematischen Informationstransfers bei Überleitungen in andere Versorgungsformen (z.B. Krankenhaus, stationäre Rehabilitationseinrichtung) sollte ein Pflegeüberleitungsbogen vorgehalten werden.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn beim Pflegebedürftigen ein Pflegeüberleitungsbogen vorliegt:

- in dem Informationen des Stammblasses sowie aktuelle Informationen des Anamnese- und Planungsteiles dokumentiert werden können und
- der Überleitungsbogen mit den Stammdaten ausgefüllt ist.

#### 4.11 **Wird bei Dekubitusgefahr bzw. vorliegendem Dekubitus mit dieser Situation sachgerecht umgegangen?**

Ein bestehendes Dekubitusrisiko wird ggf. mit Hilfe einer Skala zur Ermittlung des Dekubitusrisikos (z.B. Braden-Skala, Norton-Skala, Medley-Skala, Waterlow-Skala) erkannt. Die Anwendung solcher Skalen erleichtert die anfängliche Einschätzung des Dekubitusrisikos, bereits bevor eine Rötung eingetreten ist. Ebenso erleichtert die Nutzung solcher Skalen die laufende Dokumentation. Die mit Abstand am häufigsten und auch in unterschiedlichen Settings getestete Skala ist die Braden-Skala.

Die hier beispielhaft abgebildete Bradenskala kann vom Prüfteam in Zweifelsfällen herangezogen werden, um das bestehende Dekubitusrisiko des Pflegebedürftigen zu ermitteln.

<b>Bradenskala</b>				
<i>(vgl. Bienstein, Christel; Schröder, G.; Braun, M., Neander, Klaus-Dieter (Hrsg.): Dekubitus. Die Herausforderung für Pflegende. Stuttgart, New-York 1997, S. 91 ff.)</i>				
	<b>1 Punkt</b>	<b>2 Punkte</b>	<b>3 Punkte</b>	<b>4 Punkte</b>
<b>Sensorisches Empfindungsvermögen</b> Fähigkeit adäquat auf druckbedingte Beschwerden zu reagieren	fehlt – keine Reaktion auf schmerzhafte Stimuli mögliche Gründe: Bewusstlosigkeit Sedierung  oder – Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung, die den größten Teil des Körpers betreffen (z.B. hoher Querschnitt)	stark eingeschränkt – eine Reaktion erfolgt nur auf starke Schmerzreize – Beschwerden können kaum geäußert werden (z.B. nur durch Stöhnen oder Unruhe)  oder – Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung, wovon die Hälfte des Körpers betroffen ist	leicht eingeschränkt – Reaktion auf Ansprache oder Kommandos – Beschwerden können aber nicht immer ausgedrückt werden (z.B. dass die Position geändert werden soll)  oder – Störung der Schmerzempfindung durch Lähmung, wovon eine oder zwei Extremitäten betroffen sind.	vorhanden – Reaktion auf Ansprache, Beschwerden können geäußert werden  oder – keine Störung der Schmerzempfindung
<b>Feuchtigkeit</b> Ausmaß, in dem die Haut Feuchtigkeit ausgesetzt ist	ständig feucht – die Haut ist ständig feucht durch Urin, Schweiß oder Kot – immer wenn der Patient gedreht wird, liegt er im Nassen	oft feucht – die Haut ist oft feucht, aber nicht immer – Bettzeug oder Wäsche muss mindestens einmal pro Schicht gewechselt werden	manchmal feucht – die Haut ist manchmal feucht, und etwa einmal pro Tag wird neue Wäsche benötigt	selten feucht – die Haut ist meist trocken – neue Wäsche wird selten benötigt
<b>Aktivitäten</b> Ausmaß der physischen Aktivität	bettlägerig – ans Bett gebunden	sitzt auf – kann mit Hilfe etwas laufen – kann das eigene Gewicht nicht allein tragen – braucht Hilfe, um aufzusitzen (Bett, Stuhl, Rollstuhl)	geht wenig – geht am Tag allein, aber selten und nur kurze Distanzen – braucht für längere Strecken Hilfe – verbringt die meiste Zeit im Bett oder im Stuhl	geht regelmäßig – geht regelmäßig 2-3 mal pro Schicht – bewegt sich regelmäßig
<b>Mobilität</b> Fähigkeit, die Position zu wechseln und zu halten	komplett immobil – kann auch keinen geringfügigen Positionswechsel ohne Hilfe ausführen	Mobilität stark eingeschränkt – bewegt sich manchmal geringfügig (Körper oder Extremitäten) – kann sich aber nicht regelmäßig allein ausreichend umlagern	Mobilität gering eingeschränkt – macht regelmäßig kleine Positionswechsel des Körpers und der Extremitäten	mobil – kann allein seine Position umfassend verändern

	1 Punkt	2 Punkte	3 Punkte	4 Punkte
<b>Ernährung</b> Ernährungsgewohnheiten	sehr schlechte Ernährung <ul style="list-style-type: none"> <li>– isst kleine Portionen nie auf, sondern etwa nur 2/3</li> <li>– isst nur 2 oder weniger Eiweißportionen (Milchprodukte, Fisch, Fleisch)</li> <li>– trinkt zu wenig</li> <li>– nimmt keine Ergänzungskost zu sich</li> </ul> oder <ul style="list-style-type: none"> <li>– darf oral keine Kost zu sich nehmen</li> </ul> oder <ul style="list-style-type: none"> <li>– nur klare Flüssigkeiten</li> </ul> oder <ul style="list-style-type: none"> <li>– erhält Infusionen länger als 5 Tage</li> </ul>	mäßige Ernährung <ul style="list-style-type: none"> <li>– ist selten eine normale Essensportion auf, isst aber im allgemeinen etwa die Hälfte der angebotenen Nahrung</li> <li>– isst etwa 3 Eiweißportionen</li> <li>– nimmt unregelmäßig Ergänzungskost zu sich</li> </ul> oder <ul style="list-style-type: none"> <li>– erhält zu wenig Nährstoffe über Sondenkost oder Infusionen</li> </ul>	adäquate Ernährung <ul style="list-style-type: none"> <li>– ist mehr als die Hälfte der normalen Essensportionen</li> <li>– nimmt 4 Eiweißportionen zu sich</li> <li>– verweigert gelegentlich eine Mahlzeit, nimmt aber Ergänzungskost zu sich</li> </ul> oder <ul style="list-style-type: none"> <li>– kann über Sonde oder Infusion die meisten Nährstoffe zu sich nehmen</li> </ul>	gute Ernährung <ul style="list-style-type: none"> <li>– isst immer die gebotenen Mahlzeiten auf</li> <li>– nimmt 4 oder mehr Eiweißportionen zu sich</li> <li>– isst auch manchmal zwischen den Mahlzeiten</li> <li>– braucht keine Ergänzungskost</li> </ul>
<b>Reibung und Schwerkraft</b>	Problem <ul style="list-style-type: none"> <li>– braucht viel bis massive Unterstützung bei Lagewechsel</li> <li>– Anheben ist ohne Schleifen über die Laken nicht möglich</li> <li>– rutscht ständig im Bett oder im (Roll-) Stuhl herunter, muss immer wieder hochgezogen werden</li> <li>– hat spastische Kontraktionen oder</li> <li>– ist sehr unruhig (scheuert auf den Laken)</li> </ul>	potentielles Problem <ul style="list-style-type: none"> <li>– bewegt sich etwas allein oder braucht wenig Hilfe</li> <li>– beim Hochziehen schleift die Haut nur wenig über die Laken (kann sich etwas anheben)</li> <li>– kann sich über längere Zeit in einer Lage halten (Stuhl, Rollstuhl)</li> <li>– rutscht nur selten herunter</li> </ul>	kein Problem zur Zeit <ul style="list-style-type: none"> <li>– bewegt sich in Bett und Stuhl allein</li> <li>– hat genügend Kraft, sich anzuheben</li> <li>– kann eine Position über lange Zeit halten, ohne herunterzrutschen</li> </ul>	

Von einem Dekubitusrisiko ist bei  $\leq 16$  Punkten auszugehen, prophylaktische Maßnahmen müssen geplant und durchgeführt werden.

Erforderliche Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe werden in der Maßnahmenplanung berücksichtigt. Regelmäßige Umlagerung ist die wirksamste Vorbeugung.

Erforderliche Lagerungen werden ggf. über einen Lagerungsplan unter Berücksichtigung der Prinzipien der aktivierenden Pflege geplant, durchgeführt und dokumentiert. Ein Lagerungswechsel sollte mindestens im Abstand von zwei Stunden durchgeführt werden, es sei denn, es hat sich gezeigt, dass sich auch bei längeren Lagerungsintervallen keine Rötung der Haut ergibt. Individuelle Lagerungsintervalle sind zu ermitteln und zu dokumentieren. Geeignete Lagerungsformen sind insbesondere die 30°-Schräglagerung, die 135°-Schräglagerung, die schiefe Ebene, die 5-Kissen- und 3-Kissen-Lagerung, die V-, A-, T- und I-Lagerung.

Bei bestehendem Dekubitusrisiko werden Lagerungshilfen und ggf. Antidekubitusmatratzen eingesetzt. Grundsätzlich sollte das Lagern eines Pflegebedürftigen die Selbstständigkeitsförderung bzw.-erhaltung zum Ziel haben. Nur wenn die Lagerung auf einer Normalmatratze nicht ausreicht, sollten Spezialmatratzen oder Spezialbetten benutzt werden. Je mehr Lagerungshilfsmittel eingesetzt werden, desto immobil wird der Pflegebedürftige. Weich- und Hohllagerung führen eher zu einer Immobilität. Um den Auflagedruck möglichst gering zu halten, sollte soviel Körperoberfläche wie möglich aufliegen. Da bei der Oberkörperhochlagerung die Dekubitusgefährdung extrem zunimmt, wenn die Hüftbeugung nicht mit der Bettabknickung übereinstimmt, sollte auf eine korrekte Hüftabbeugung geachtet werden.



Soweit möglich wird der Pflegebedürftige mobilisiert.

Es ist besonders auf eine ausreichende Flüssigkeits- und Eiweißzufuhr zu achten.

Eine fachgerechte Hautpflege wird durchgeführt. Seifen sollten möglichst nur bei groben Verschmutzungen eingesetzt werden. Werden Seifen oder andere Waschzusätze benutzt, sollte mit klarem Wasser nachgewaschen werden. Bei trockener Haut sollten keine Seifen eingesetzt und nach dem Waschen sollte die Haut nachgefettet werden. In der Regel eignen sich hierzu W/O-Präparate (Wasser-in-Öl-Präparate) am besten.

(vgl. Bienstein, Christel; Schröder, G.; Braun, M., Neander, Klaus-Dieter (Hrsg.): *Dekubitus. Die Herausforderung für Pflegenden*. Stuttgart, New-York 1997. Koch, W., Seuß, C.; Schönekäs, H.: *Mangelernährung und Dekubitus*. In: *Die Schwester / der Pfleger* 11/99, S. 930-933. Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (Hrsg.): *Arbeitstexte zur 1. Konsensus-Konferenz in der Pflege. Thema: Dekubitusprophylaxe*. Osnabrück 2000)

In der ambulanten Pflege kann die Pflege meist nur durch das kooperative Zusammenwirken des Pflegebedürftigen und seiner Pflegepersonen mit dem Pflegedienst sichergestellt werden. Der Pflegedienst muss durch Beratung den Pflegebedürftigen und seine Pflegepersonen über erforderliche und geeignete Pflegemaßnahmen informieren und die Inhalte der Beratung dokumentieren. Der Pflegedienst kann aber nur in dem Maße eine ausreichende und sachgerechte Pflege gewährleisten, wie er durch den Pflegebedürftigen hierzu beauftragt wird. Dies ist bei der Bewertung dieser Frage zu berücksichtigen.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- anhand der oben aufgelisteten Kriterien mit der Pflegesituation sachgerecht umgegangen wird.

#### 4.12

**Wird bei Pflegebedürftigen mit Einschränkungen in der selbstständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?**

Einschränkungen in der Fähigkeit zur selbstständigen Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme werden erkannt. Um ältere Menschen hinsichtlich ihrer Ernährung einschätzen zu können, sollten insbesondere psychische, physische und sozioökonomische Faktoren, die auf die Ernährung Einfluss nehmen sowie frühere Eßgewohnheiten ermittelt und Beobachtungen berücksichtigt werden. Z.B. sind in manchen Fällen Verwirrheitszustände das Ergebnis von Mangelernährung. Desorientierte Menschen können sich häufig nicht daran erinnern, wann und was sie zuletzt gegessen bzw. getrunken haben, so dass sie entweder zu häufig oder gar nicht essen oder trinken. Physische Faktoren wie z.B. eine schlecht sitzende Zahnprothese, Schluckstörungen, Verdauungsstörungen oder Inkontinenz haben Auswirkungen auf die Ernährungssituation. Die Einschätzung der früheren Eßgewohnheiten ist für die Beurteilung der Ernährungssituation erforderlich, z.B. ob der Appetit des Pflegebedürftigen sich verändert hat. Insbesondere die Beobachtung des Gewichts ist häufig erforderlich.

Erforderliche und geeignete Trink- und Esshilfen werden eingesetzt. Z.B. ist eine Schnabellasse für gerontopsychiatrisch beeinträchtigte Pflegebedürftige häufig ungeeignet, da die Flüssigkeit ungehindert in Mund und Rachen fließen kann.

Die erforderliche Menge für Flüssigkeitsaufnahme und Ernährung wird, ggf. in Kooperation mit dem Hausarzt, festgelegt (z.B. Trinkmenge in ml und Nahrungsmenge in Kalorien, insbesondere bei Sondenernährung). Die deutsche Gesellschaft für Ernährung empfiehlt für die Altersgruppe der über 65jährigen eine tägliche Kalorienzufuhr von 1700 bis 1900 Kilokalorien.

Die erforderliche Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme wird ggf. über einen Trink- / Essplan unter Berücksichtigung der Prinzipien der aktivierenden Pflege geplant, durchgeführt bzw. sichergestellt und dokumentiert.

Bei Sondenernährung wird, soweit keine Kontraindikationen vorliegen, Nahrung und Flüssigkeit zusätzlich ange-reicht. Sondenkost wird sachgerecht gelagert.

Erforderliche Mundpflege wird durchgeführt.

(vgl. Duchene, Pamela Muhm; Le Sage, Joan: *Hydratation und angemessene Ernährung*. In: Corr, Donna M.; Corr, Charles A. (Hrsg.): *Gerontologische Pflege. Herausforderung in einer alternden Gesellschaft*. Bern, Göttingen, Toronto Seattle 1992, S. 113 ff. Kutschke, Andreas: *Auf dem Trockenen sitzt sich's ungesund. Dehydratation: Das Risiko erkennen und den Bedarf ermitteln*. In: *Pflegen ambulant*. 3/98, S. 11 ff. Burkhard, Marion:

*Ernährung bei Demenz. In: Büse, Friedhelm; Eschemann, Roswitha; Kämmer, Karla u.a. (Hrsg.): Heim aktuell. Leitungshandbuch für Altenhilfeeinrichtungen. Vincentz-Verlag Hannover 1995, S. 46 ff. Koch, W., Seuß, C.; Schöneekäs, H.: Mangelernährung und Dekubitus. In: Die Schwester der Pfleger 11/99, S. 930-933.)*

In der ambulanten Pflege kann die Pflege meist nur durch das kooperative Zusammenwirken des Pflegebedürftigen und seiner Pflegepersonen mit dem Pflegedienst sichergestellt werden. Der Pflegedienst muss durch Beratung den Pflegebedürftigen und seine Pflegepersonen über erforderliche und geeignete Pflegemaßnahmen informieren und die Inhalte der Beratung dokumentieren. Der Pflegedienst kann aber nur in dem Maße eine ausreichende und sachgerechte Pflege gewährleisten, wie er durch den Pflegebedürftigen hierzu beauftragt wird. Dies ist bei der Bewertung dieser Frage zu berücksichtigen.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- anhand der oben aufgelisteten Kriterien mit der Pflegesituation sachgerecht umgegangen wird.

#### 4.13

#### **Wird bei Pflegebedürftigen mit Inkontinenz mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?**

Die Inkontinenz wird erkannt. Inkontinenz ist ein Symptom, dessen Ursache medizinisch diagnostiziert werden sollte. Mit Hilfe des Miktionsprotokolls (auch Erfassungsblatt, Miktionsstundenplan) können der Typ, das Ausmaß und die Häufigkeit einer Inkontinenz ermittelt werden.

Geeignete Inkontinenzprodukte werden bedarfsgerecht eingesetzt.

Erforderliche Pflegemaßnahmen werden unter Berücksichtigung der Prinzipien der aktivierenden Pflege geplant, durchgeführt und dokumentiert. Nach Möglichkeit werden Toilettengänge individuell oder nach festen Rhythmen geplant und durchgeführt. Insbesondere bei Stress-, Drang- und gemischter Inkontinenz ist als Kontinenztraining das sogenannte Toilettentraining indiziert. Wirkungslos ist dieses Training bei schweren Sphinkterdefekten (z.B. permanentes Urintröpfeln nach Prostatektomie) und bei einer Überlaufblase mit ständigem Tröpfeln. „Bei Pflegeheimbewohnern konnte gezeigt werden, dass ein Toilettentraining (...) selbst bei funktionell schwer beeinträchtigten geriatrischen Patienten signifikant die Schwere (Frequenz, Volumen) der Harninkontinenz reduzieren kann. 40 % dieser Betroffenen sprechen auf ein Toilettentraining gut an.“ (Pfisterer, M.; Kuno, E.; Müller, M. et al: Harninkontinenz im Alter. Teil 2. In: Fortschritte der Medizin 17/98, S 28.)

Es gibt verschiedene Formen des Toilettentrainings (nach individuell ermittelten Miktionszeiten; nach festen Zeiten; als angebotener Toilettengang). Vor dem Hintergrund der vom Pflegeversicherungsgesetz geforderten aktivierenden und individuellen Pflege sollte das Toilettentraining nach dem individuellen Rhythmus des Pflegebedürftigen durchgeführt werden. Dieses Training orientiert sich an den Trink- und Miktionszeiten, die über mehrere Tage individuell in einem Miktionsprotokoll erfasst werden. Eine solche Analyse ist auch bei dementen oder vergesslichen Pflegebedürftigen möglich. Nach Ermittlung der individuellen Miktionszeiten sind Regelmäßigkeiten anhand des Miktionsprotokolls festzustellen. Nun kann mit dem Training begonnen werden. Eine halbe Stunde vor der ermittelten individuellen Miktionszeit sollte der Pflegebedürftige zur Toilette geführt werden. Ziel des Trainings ist die größtmögliche Selbständigkeit und die Reduzierung der Inkontinenz. Auch wenn damit nicht (immer) eine vollständige Kontinenz erreicht werden kann, kann die Lebensqualität des Pflegebedürftigen durch eine Reduzierung der harninkontinenten Episoden, z.B. am Tag, gesteigert werden. Eine adäquate Hilfsmittelversorgung sollte ergänzend durchgeführt werden.

Eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr wird sichergestellt. Das Toilettentraining sollte durch ein auf die Inkontinenz abgestimmtes Trinkverhalten flankiert werden. Die Umgebungsbedingungen (Kleidung, Wege, Orientierung, behindertengerechte Sanitäranlagen etc.) sollten überprüft und bei Bedarf angepasst werden. Ggf. ist ein begleitendes Beckenbodentraining sinnvoll.

Eine fachgerechte Haut- und Intimpflege wird durchgeführt.

Eine ggf. erforderliche Katheterversorgung wird fachgerecht durchgeführt (z.B. geschlossenes Urinauffangsystem, Auffangbeutel hängt unter Blasenniveau, Blasenspülungen werden nicht routinemäßig durchgeführt). Katheterwechsel werden ggf. in Kooperation mit dem Haus- bzw. Facharzt in angemessenen Abständen durchgeführt.

(vgl. Bienstein, Christel; Zegelin, Angelika (Hrsg.): Handbuch Pflege. Düsseldorf 1995, S 118 f. Brunen, Helgard; Herold, Eva Elisabeth: Ambulante Pflege. Die Pflege Gesunder und Kranker in der Gemeinde. Bd. 1, S.

272 ff. Runge, Martin; Rehfeld, Gisela: *Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team*. Stuttgart, New-York 1995 S. 486 ff. Pfisterer, M.; Kuno, E.; Müller, M. et al: *Harninkontinenz im Alter. Teil 2*. In: *Fortschritte der Medizin* 17/98, S. 30. Hrsg. Wettstein, A.: *Checkliste Geriatrie*. Stuttgart, New-York 1997 S. 343.)

In der ambulanten Pflege kann die Pflege meist nur durch das kooperative Zusammenwirken des Pflegebedürftigen und seiner Pflegepersonen mit dem Pflegedienst sichergestellt werden. Der Pflegedienst muss durch Beratung den Pflegebedürftigen und seine Pflegepersonen über erforderliche und geeignete Pflegemaßnahmen informieren und die Inhalte der Beratung dokumentieren. Der Pflegedienst kann aber nur in dem Maße eine ausreichende und sachgerechte Pflege gewährleisten, wie er durch den Pflegebedürftigen hierzu beauftragt wird. Dies ist bei der Bewertung dieser Frage zu berücksichtigen.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- anhand der oben aufgelisteten Kriterien mit der Pflegesituation sachgerecht umgegangen wird.

#### 4.14

#### **Wird bei Pflegebedürftigen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen mit dieser Pflegesituation sachgerecht umgegangen?**

Bei der Pflegeanamnese werden biografische Angaben erhoben, weil die Pflege und Betreuung gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Pflegebedürftiger sich nur auf der Grundlage des lebensgeschichtlichen Kontextes angemessen durchführen lässt.

Gerontopsychiatrische Beeinträchtigungen werden erkannt und deren Ausmaß und Ausprägung ermittelt (z.B. Antriebsarmut, Aggressionen in bestimmten Situationen, Depressivität, erhöhtes Laufbedürfnis).

Geeignete Maßnahmen werden unter Berücksichtigung der Biografie und der Prinzipien der aktivierenden Pflege geplant, durchgeführt und dokumentiert (z.B. wird einem erhöhtem Bewegungsdrang entsprochen, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten wie z.B. Musizieren oder Gesang werden angeboten, individuelle Orientierungshilfen werden eingesetzt, Erinnerungsarbeit wird angeboten). Es ist bekannt, dass bei dementiell erkrankten Menschen die Prinzipien der Stetigkeit (Tagesstrukturierung im Sinne eines sich wiederholenden Tagesablaufes, Pflegeorganisation nach dem Prinzip der Ganzheitspflege, Kommunikation durch Berührungen, gezielten Blickkontakt etc.), der Einfachheit und Vertrautheit (fähigkeitsangemessene Aktivitäten, Beschäftigung und Einbeziehung in lebensgeschichtlich vertraute Handlungen wie z.B. Abwaschen, Kartoffeln schälen, Wäsche falten, Gartenarbeit, handwerkliche Tätigkeiten), Sicherheit und Geborgenheit (Vermeidung von Alleinsein bei Angstzuständen, Zuwendung durch Lächeln, freundliche Gesten etc.) positive Effekte auf deren Lebensqualität haben.

Lange Zeitabstände zwischen den Mahlzeiten werden vermieden, ggf. wird einem aus permanenten Bewegungen und Rastlosigkeit resultierendem erhöhtem Kalorienbedarf entsprochen.

(vgl. Heeg, Sybille; Lind, Sven (Hrsg.): *Gerontopsychiatrie in Einrichtungen der Altenhilfe. Versorgungsstrategien und bauliche Anforderungen*. Forum Bd. 23, Köln 1994, S. 37 ff. Schröder Barbara: *Lebensraum und Arbeitsfeld*. In: Kämmer, Karla; Schröder, Barbara (Hrsg.): *Pflegemanagement in Altenheimen. Grundlagen für Konzeptentwicklung und Organisation*. Hannover 1998<sup>3</sup>, S. 18 ff.)

In der ambulanten Pflege kann die Pflege meist nur durch das kooperative Zusammenwirken des Pflegebedürftigen und seiner Pflegepersonen mit dem Pflegedienst sichergestellt werden. Der Pflegedienst muss durch Beratung den Pflegebedürftigen und seine Pflegepersonen über erforderliche und geeignete Pflegemaßnahmen informieren und die Inhalte der Beratung dokumentieren. Der Pflegedienst kann aber nur in dem Maße eine ausreichende und sachgerechte Pflege gewährleisten, wie er durch den Pflegebedürftigen hierzu beauftragt wird. Dies ist bei der Bewertung dieser Frage zu berücksichtigen.

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn:

- anhand der oben aufgelisteten Kriterien mit der Pflegesituation sachgerecht umgegangen wird.

4.16

**Entsprechen die geplanten und durchgeführten Maßnahmen dem aktuellen Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse?**

**Wenn nein: Welche?**

Bezogen auf die Dekubitusprophylaxe entsprechen die folgenden Maßnahmen beispielsweise nicht dem aktuellen Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse:

- Dekubitusprophylaxe ohne regelmäßige Lagerungsmaßnahmen,
- Anwendung von Eis und Fön,
- Auftragen von Melkfett,
- Einsatz von Luftringen oder Wasserkissen,
- Anwendung von Mercurochrom.

## **X Anlagen**

## Anlage 1

### Von der Einrichtung vorzulegende Unterlagen

Im Rahmen der Prüfung sind vom Prüfer insbesondere folgende Unterlagen einzusehen.

#### 1. Allgemeine Angaben

- Aufstellung über die Anzahl der von der Pflegeeinrichtung versorgten Personen,
- Aufstellung über die Anzahl der von der Pflegeeinrichtung nach SGB XI versorgten Pflegebedürftigen, differenziert nach Pflegestufen,
- Aufstellung über die Anzahl der versorgten Pflegebedürftigen mit Dekubitus, Blasenverweilkatheter, PEG-Sonden,
- Versorgungsvertrag der Einrichtung / Strukturhebungsbogen,
- Leistungsangebot der Pflegeeinrichtung / Informationsmaterial,
- ggf. Blanko-Pflegevertrag.

#### 2. Unterlagen zur Pflegeorganisation

- Qualifikationsnachweise der verantwortlichen Pflegefachkraft,
- Qualifikationsnachweise der stellv. Pflegefachkraft,
- Qualifikationsnachweise der geeigneten Kräfte,
- Aufstellung über Beschäftigungsumfang aller in der Betreuung und Pflege tätigen Mitarbeiter,
- aktuelle Handzeichenliste,
- Dienstpläne,
- Einsatzpläne / Tourenpläne,
- Stellenbeschreibungen,
- Nachweise über Pflegevisiten, Fallbesprechungen, Übergaben, Dienstbesprechungen.

#### 3. Nachweise zur Qualitätssicherung

- Nachweis über interne und externe Qualitätssicherungsmaßnahmen,
- Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter,
- Fortbildungskonzept,
- Nachweis über interne und externe Fortbildungsmaßnahmen,
- Konzept zur fachlichen Supervision der Mitarbeiter,
- Pflegestandards / Leitlinien / Richtlinien.

#### 4. Pflege

- Pflegeleitbild,
- Pflegekonzept,
- Pflegedokumentation.

**Anlage 2****Einwilligung****Medizinischer Dienst der Krankenversicherung .....****Einwilligung**

Name:

geb.:

Hiermit erkläre ich mich mit einer Befragung durch Mitarbeiter/innen des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK)

.....

im Rahmen der externen Qualitätssicherung nach § 80 SGB XI einverstanden / nicht einverstanden.

Einer Feststellung des Pflegezustandes durch Mitarbeiter/innen des MDK stimme ich zu / nicht zu.

Von den Mitarbeitern/innen des MDK bin ich über den Zweck der Informationsgewinnung und die Freiwilligkeit der Teilnahme an der Befragung bzw. der Feststellung des Pflegezustandes aufgeklärt worden.

---

 Ort, Datum

---

 Pflegebedürftige/r gesetzliche/r Betreuer/in /  
Bevollmächtigte/r

---

 Ort, Datum

---

 MDK-Mitarbeiter/in

Nicht zutreffende Aussagen bitte streichen!

## Anlage 3

### Arbeitshilfe für den Prüfbericht

Die Namen der Pflegebedürftigen werden - aus Datenschutzgründen - nicht im Prüfbericht festgehalten. MDK-intern ist eine nachvollziehbare Zuordnung der personenbezogenen Daten sicherzustellen.

#### 1. Allgemeine Angaben zur Prüfung

##### 1.1 Beschreibung des Auftrags

- **Auftraggeber**
- **Prüfungsanlass**
  - \* *Einzelprüfung mit Angabe der ggf. zugrundeliegenden Beschwerde, Stichprobe, vergleichende Prüfung; diese Angaben sind dem Prüfauftrag des Auftraggebers zu entnehmen.*
- **Prüfungsgegenstand**
  - \* *Strukturqualität,*
  - \* *Prozessqualität,*
  - \* *Ergebnisqualität.*

##### 1.2 Prüfungsdurchführung

- **Beteiligte Personen**
  - \* *Namen der MDK-Prüfer,*
  - \* *ggf. Namen der Mitarbeiter der Pflegekassen,*
  - \* *Sonstige,*
  - \* *Namen und Funktion der Vertreter der Einrichtung.*
- **Prüfungszeitraum**
  - \* *Datum und Uhrzeit der Prüfungsdurchführung.*
- **Prüfungsort**
  - \* *Geschäftsräume der Einrichtung,*
  - \* *Wohnungen der Pflegebedürftigen.*
- **Erhebung in der Einrichtung**
  - \* *Auflistung der hinzugezogenen Unterlagen (siehe Anlage 1).*
- **Erhebung bei den Pflegebedürftigen**
  - \* *Auswahlkriterien und Anzahl der in die Prüfung einbezogenen Pflegebedürftigen.*
- **Prüfungsgrundlagen**
  - \* *§ 80 SGB XI,*
  - \* *Rahmenverträge nach § 75 SGB XI,*
  - \* *Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI,*
  - \* *MDK-Anleitung zur Prüfung der Qualität nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege,*
  - \* *Versorgungsvertrag / Strukturhebungsbogen.*
- **Mitwirkung der Einrichtung**
  - \* *Aussage zur Kooperationsbereitschaft der Einrichtung während der Prüfung.*



## 2. Beschreibung des Ist-Zustandes

### 2.1 In der Einrichtung

anhand der Struktur der „Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung in der Pflegeeinrichtung“.

### 2.2 Bei den Pflegebedürftigen

anhand der Struktur der „Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung beim Pflegebedürftigen“.

## 3. Bewertung und zu empfehlende Maßnahmen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

In der Fachliteratur wird die Qualität der Pflege auf der Grundlage von sogenannten Qualitätsstufenschemata in verschiedenen Kategorien eingeteilt. Die Kategorie „gefährliche Pflege“ stellt darin die vierte und letzte Stufe dar. Der Begriff geht zurück auf ein in den 70er Jahren in Schweizer Kaderschulen für Krankenpflege entwickeltes Qualitätsstufenschema. In der Bundesrepublik Deutschland sind in den 90er Jahren verschiedene Veröffentlichungen zum Thema Qualität in der Pflege erschienen. Auch darin sind Qualitätsstufen in der Pflege bzw. Stufenschemata zur Kategorisierung der Qualität in der Pflege vorgenommen worden. Dabei sind jedoch gerade für die Kategorie „gefährliche Pflege“ unterschiedliche Ausprägungen definiert worden, was zu einer inhaltlichen Differenzierung führt. Damit ist eine einheitliche Anwendung des Begriffs mit gleichen Inhalten nicht sichergestellt.

Im Rahmen von Qualitätsprüfungen sollten sowohl für die MDK als auch für die Pflegekassen eine einheitliche Definition und gleicher Sprachgebrauch das Ziel sein. Vor diesem Hintergrund sollte bei Qualitätsprüfungen und in Prüfberichten der Begriff der „gefährlichen/gefährdenden Pflege“ nicht angewandt werden. Zur Bewertung der Qualität der Pflege in einer Pflegeeinrichtung sollte nach der dieser MDK Anleitung zugrunde gelegten Bewertungssystematik vorgegangen werden.

Auf der Grundlage des Prüfergebnisses müssen die Landesverbände der Pflegekassen in der Lage sein, Anhörungen durchzuführen und Bescheide zu erlassen sowie ggf. weitere Maßnahmen - bis hin zur Kündigung des Versorgungsvertrages - vorzunehmen. Dabei müssen die Prüfergebnisse und die zugrunde liegenden Argumente auch bei ggf. anstehenden gerichtlichen Auseinandersetzungen einer Prüfung Stand halten. Entscheidend ist insofern, dass die im Zuge der Prüfung festgestellten Qualitätsmängel und Defizite – gleich welcher Art und Ausprägung und unabhängig von der Bewertungsstufe – im Einzelnen aufgezeigt und klar und unmissverständlich beschrieben werden. Von daher ist in den Prüfberichten insbesondere auf die die Defizite begründenden Ursachen, Umstände und die Verantwortung dafür einzugehen, soweit diese bekannt sind. Für festgestellte Defizite, z.B. im Pflegezustand des Pflegebedürftigen, können unterschiedliche Gründe ursächlich sein. Nicht immer sind diese aus dem Pflegeprozess ableitbar und liegen in der Verantwortung der Pflegeeinrichtung bzw. deren Mitarbeiter. Pflegeeinrichtung haben nachzuweisen, dass sie ihre Leistungen mit der notwendigen Sorgfalt erbringen, dies ist glaubhaft zu belegen. Dort wo mangelnde Sorgfalt (Pflichtverletzung) vorliegt, tragen der Träger der Pflegeeinrichtung bzw. die Mitarbeiter die Verantwortung für das Handeln und die daraus entstandenen Folgen.

### – anhand der Struktur der „Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Qualitätsprüfung in der Pflegeeinrichtung“

- \* Bewertung und Auflistung von Qualitätsdefiziten,
- \* zu empfehlende Maßnahmen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten.

*Die bei den Pflegebedürftigen erhobenen Informationen haben grundlegende Bedeutung für die Bewertung der Qualität des Pflegedienstes und sind soweit möglich hier zuzuordnen. Sofern eine Zuordnung der Informationen aus der Erhebung bei den Pflegebedürftigen nicht möglich ist, sind diese Informationen zusätzlich zu dokumentieren.*

*Ggf. Stellungnahme zum konkreten Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen. Gravierende Mängel und die daraus resultierenden Maßnahmenempfehlungen sind sprachlich und optisch hervorzuheben. Ggf. sind Zeiträume für die Beseitigung der Mängel zu empfehlen.*

**4. Zusammenfassung**

- **Kurze wertende Zusammenfassung der wesentlichen Aussagen**  
(insgesamt maximal  $\frac{1}{2}$  Textseite).

## Anlage 4

### Beispiele für Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

<b>Thema</b>	Siehe Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege
<b>Pflegeleitbild und Pflegekonzept</b> Das pflegetheoretisch begründete Pflegeleitbild und das -konzept sollten unter deutlichem Bezug auf die Pflegeeinrichtung überarbeitet, allen Mitarbeitern zugänglich gemacht und in der täglichen Arbeit umgesetzt werden.	Ziff. 1.1 i.V.m. 3.2.1. und 3.2.2.1
<b>Verantwortliche Pflegefachkraft</b> Die verantwortliche Pflegefachkraft sollte im Rahmen der Übergangsfrist den Nachweis der erfolgreichen Teilnahme an einer Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen erbringen.	Ziff. 3.1.2.2
Der verantwortlichen Pflegefachkraft muss ermöglicht werden, durch verminderten Einsatz in der direkten Pflege eine wesentlich verstärkte Leistungsverantwortung, insbesondere bei der internen Qualitätssicherung, wahrzunehmen.	Ziff. 3.1.1.2 i.V.m. Ziff. 4.
<b>Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft</b> Eine Vertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft mit den festgelegten Voraussetzungen ist zu gewährleisten.	Ziff. 3.1.1.2
<b>Stellenbeschreibungen</b> Für die Mitarbeiter in der Pflege sind Stellenbeschreibung entsprechend ihrem Ausbildungsstand zu erarbeiten, damit Verantwortlichkeiten festgelegt werden; diese sind allen Mitarbeitern zugänglich zu machen. Darauf bezogen ist der jeweilige Mitarbeiter entsprechend seiner Qualifikation einzusetzen.	Ziff. 3.1.1
<b>Einarbeitungsplan</b> Für die Einarbeitung neuer Mitarbeiter ist zur Sicherung der Pflegequalität ein Einarbeitungskonzept zu erstellen. Damit wird abgesichert, dass der Mitarbeiter umfassend und zielorientiert eingearbeitet wird. Die vorgesehene Zeit und die Durchführung ist zu dokumentieren.	Ziff. 4.1.
<b>Fachliche Anleitung durch Pflegefachkraft</b> Bei der Dienstplangestaltung ist zu berücksichtigen, dass in jeder Schicht eine Pflegefachkraft tätig ist, die die Anleitung als auch Überprüfung des Hilfspersonals tatsächlich wahrnimmt.	Ziff. 3.1.1.2. i.V.m. Ziff. 3.1.3.

<b>Thema</b>	Siehe gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege
--------------	---

### **Dienstplangestaltung / Personaleinsatz**

Der rückwirkend nachvollziehbare Dienstplan mit vollständiger Legende für die Pflegeeinrichtung sollte so erstellt werden, dass der geplante und geleistete Einsatz aller namentlich zu benennenden Mitarbeiter sowie deren Qualifikation, wöchentlichen Arbeitszeit, Schicht und ggf. Bereitschaftsdienst erkennbar sind. Ziff. 3.1.1.2 i.V.m. Ziff. 3.1.3., Ziff. 3.2.4.

Übergaben, Pausen und Dienstbesprechungen sollten erkennbar sein. Im Dienstplan als Dokument dürfen keine Überschreibungen stattfinden.

Der geplante Personaleinsatz ist am Pflegebedarf der Pflegebedürftigen zu orientieren und durch überschaubare Pflegeteams eine größtmögliche personelle Kontinuität sicherzustellen.

### **Einsatz / Tourenplan**

Der rückwirkend nachvollziehbare Einsatz/Tourenplan für alle Einsatzbereiche sollte transparent den am individuellen Pflegebedarf orientierten Einsatz wiedergeben. Ziff. 3.1.1.2 i.V.m.

Größtmögliche Kontinuität ist bei der Planung sicherzustellen. Ziff. 3.2.4

### **Bezugspflege**

Die arbeitsteiligen Abläufe der Funktionspflege sind schrittweise in ganzheitliche Bezugspflege umzuwandeln. Damit verbunden ist die nachvollziehbare Delegation von Verantwortlichkeiten für die gesamte Pflege an geeignete Mitarbeiter. Ziff. 3.2.4

### **Anwendung einer prozesshaften Pflegedokumentation**

Alle in der Pflege tätigen Personen sind hinsichtlich der kontinuierlichen und plausiblen Führung einer Pflegedokumentation zu informieren und zu schulen. Folgende Schwerpunkte sind zu berücksichtigen: Ziff. 3.2.2. i.V.m. Ziff. 3.2.3

- Erstbesuch,
- Pflegeanamnese,
- ressourcen-orientierte Pflegeprozessplanung mit überschaubaren Evaluationszeiträumen,
- Evaluation der Pflegeergebnisse,
- Pflegebericht,
- Einsatz von Hilfsmittel,
- Durchführungsnachweis,
- Dokumentation der Integration von Angehörigen.
- ggf. Lagerungsplan,
- ggf. Bilanzierungsblatt.

Die Anwendung des Pflegeprozesses ist durch Handzeichen nachzuweisen, das Ergebnis des Pflegeprozesses ist zu dokumentieren.

### **Handzeichenliste**

Es ist eine Liste aller Handzeichen mit Nennung der entsprechenden Qualifikation und dem kompletten Namen des jeweiligen Mitarbeiters anzufertigen. Ziff. 3.2.3.

<b>Thema</b>	Siehe gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege
--------------	---

### **Fortbildungsplan**

Erstellung eines Fortbildungsplanes für alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter entsprechend ihrer Erfahrungen und Fähigkeiten; Fachliteratur ist vorzuhalten. Ziff. 3.1.1.3.

Die vorhandene Fachliteratur ist zu aktualisieren, zu erweitern und den Mitarbeitern zugänglich zu machen.

Bei vorhandenem oder geplantem pflegefachlichen Schwerpunkt ist eine entsprechende gezielte Fortbildung der Mitarbeiter Voraussetzung.

### **Interne Qualitätssicherung**

Der Träger der Einrichtung ist dafür verantwortlich, dass Maßnahmen zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität festgelegt werden, z.B. Ziff. 4.1. i.V.m. Ziff. 3.3.1.

- regelmäßige Pflegevisiten mit Ergebnisprotokoll und Zielformulierung,
- regelmäßige Fallbesprechungen mit Ergebnisprotokoll und Zielformulierung,
- Qualitätszirkel,
- Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten.

### **Pflegestandards / Richtlinien**

Zur Sicherstellung der Qualität ist die Anwendung von handlungsweisen- den Pflegestandards/Richtlinien/Leitlinien von Arbeitsinhalten und - abläufen nachzuweisen. Ziff. 4.1.

Die Entwicklung der Pflegestandards sollte sich eng an den Rahmenbedingungen der Einrichtung orientieren. Pflegestandards sollten anhand einer vorab erstellten Prioritätenliste erarbeitet werden. Dabei stehen besonders problemträchtige Arbeitsabläufe / Pflegesituationen im Vordergrund. Die Implementierung sollte in kleinen Schritten erfolgen, um frühzeitig Fehlentwicklungen gegensteuern zu können.

Die Inhalte sollten regelmäßig überprüft und aktualisiert werden sowie in die individuelle Pflegeprozessplanung einfließen.

### **Dienstbesprechungen**

Von der verantwortlichen Pflegefachkraft sind nachvollziehbare Dienstbesprechungen auf der Grundlage des Pflegeprozesses durchzuführen. Ziff. 3.1.1.2. i.V.m. 3.2.3.

### **Informationsweitergabe / Übergabegespräch**

Systematische Informationsweitergaben / Übergabegespräche sind sicherzustellen, um die Kontinuität der Pflege und die Sicherheit der Pflegebedürftigen in jeder Schicht zu gewährleisten. Ziff. 3.1.1.3.

Die Schichtzeiten für alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter sind so zu gestalten, dass Dienstübergabegespräche während der Arbeitszeit gewährleistet sind. Ziff. 3.2.3.

<b>Thema</b>	Siehe gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege
--------------	---

**Pflegestufe / Pflegevertrag**

Die Pflegebedürftigen müssen die der jeweiligen Pflegestufe angemessene bzw. die nach Vereinbarung des Pflegevertrages entsprechende Hilfeleistung erhalten. Ziff. 1.1. i.V.m. Ziff. 3.2.2. und Ziff. 3.3.

Abweichungen müssen dokumentiert werden, ggf. ist im Einzelfall eine Überprüfung durch den MDK wegen Veränderung des Hilfebedarfs zu veranlassen.

**Erreichbarkeit - ambulant**

Die ständige Erreichbarkeit des Pflegedienstes ist sicherzustellen, z.B. durch Rufweeterschaltung. Ziff. 3.1.1.1.

**Arbeitsschutz / Hygiene / 1. Hilfe**

Verbindliche, nachvollziehbare Informationen zum Arbeitsschutz und zur Hygiene an die Mitarbeiter sollten regelmäßig erfolgen.

Schulungen aller Mitarbeiter in Maßnahmen der 1. Hilfe sollten regelmäßig durchgeführt werden.

## Anlage 5

### Qualifizierungskonzept für Prüfer

#### Organisation

zweiteilige Seminarreihe

Teil 1 4 Tage

Teil 2 3 Tage

#### Zielsetzung

Das Seminar soll informieren und Kenntnisse vermitteln über die Grundlagen der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen im allgemeinen und im besonderen über die vorgesehenen Regelungen im SGB XI sowie zu den gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zu Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten, teilstationären und vollstationären Pflege.

Die Teilnehmer werden mit den Begriffen und Instrumenten der Qualitätsentwicklung und Qualitätssicherung vertraut gemacht. Anhand von Beispielen und Fallstudien werden Möglichkeiten der Prüfung aufgezeigt.

Besondere Kenntnisse der Kommunikation und Konfliktbewältigung werden vermittelt.

#### Inhalte

1. Gesetzliche Grundlagen der Qualitätssicherung im Gesundheitswesen - insbesondere nach SGB XI
2. Notwendigkeiten der Qualitätssicherung in der Pflege
3. Qualitätsstrategien für die Pflege in Theorie und Praxis Einführung in das Qualitätsmanagement, u. a. Total Quality Management
  - Historische Entwicklung der Qualitätssicherung u. a. nach Donabedian (Struktur-, Prozess-, Ergebnisqualität)
  - Ansätze, Möglichkeiten und Grenzen der Qualitätssicherung
  - Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit
  - Begriffe, Methoden, Verfahren der Qualitätssicherung
    - a) interne / externe Qualitätssicherung
    - b) zentrale / dezentrale Qualitätssicherung
  - Beurteilung der Wirksamkeit qualitätssichernder Programme
4. Entwicklung und Stellenwert pflegerischer Qualitäts- und Leistungsstandards
5. Anwendung von Prüfungsinstrumenten
6. Kommunikation und Konfliktbewältigung

**Anlage 6****Literaturverzeichnis****Bücher:**

Arets, Jos; Obex, Franz; Vaessen, John; Wagner, Franz:  
 Professionelle Pflege. Theoretische und praktische Grundlagen.  
 Bd. 1.  
 Bocholt 1996.

Beck'sche Kurz-Kommentare zum Bürgerlichen Gesetzbuch.  
 Bd. 7 München 2000.

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege:  
 Hauskrankenpflege.  
 Merkblatt M 767.  
 Hamburg 1997

Bienstein, Christel; Schröder, G.; Braun, M., Neander, Klaus-Dieter (Hrsg.):  
 Dekubitus. Die Herausforderung für Pflegenden.  
 Stuttgart, New-York 1997.

Bienstein, Christel; Zegelin, Angelika (Hrsg.):  
 Handbuch Pflege.  
 Düsseldorf 1995.

Blonski, Harald (Hrsg.):  
 Qualitätsmanagement in der Altenpflege. Methoden, Erfahrungen, Entscheidungshilfen.  
 Hagen 1998.

Böhme, Hans:  
 Haftungsfragen und Pflegeversicherungsgesetz. Haftung von Trägern, Pflegemanagement, Pflegefach- und Pflegehilfskräften.  
 KDA-Forum Bd. 35.  
 Köln 1997.

Brockhaus-Lexikon.  
 Mannheim, München 1989.

Brunen, Helgard M.; Herold, Eva Elisabeth (Hrsg.):  
 Ambulante Pflege. Die Pflege Gesunder und Kranker in der Gemeinde.  
 Bd. 1.  
 Hannover 1995.

Büse, Friedhelm; Eschemann, Roswitha; Kämmer, Karla u.a. (Hrsg.):  
 Heim aktuell. Leitungshandbuch für Altenhilfeeinrichtungen.  
 Hannover 1995.

Büssing, A. (Hrsg.):  
 Von der funktionalen zur ganzheitlichen Pflege.  
 Göttingen 1997.

Bundeskonferenz zur Qualitätssicherung in der Pflege:  
 Memorandum zur Qualitätssicherung bei Pflegebedürftigkeit.  
 Hamburg 1993.

Corr, Donna M.; Corr, Charles A. (Hrsg.):



Gerontologische Pflege: Herausforderung in einer alternden Gesellschaft.  
Bern, Göttingen, Seattle, Toronto 1992.

DBfK:

Der ältere Mensch im Krankenhaus. Stufen der Pflegequalität.  
Eschborn 1996.

Deutsche Gesellschaft für Gerontologie und Geriatrie:  
Professionelle Pflege alter Menschen.  
FB IV Soziale Gerontologie und Altenarbeit.  
Freiburg 1995.

Diekmann, Andreas:  
Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen.  
Hamburg 1997<sup>3</sup>.

DIN ISO 9004, Teil 2:  
Qualitätsmanagement und Elemente eines Qualitätssicherungssystems.  
Leitfaden für Dienstleistungen.  
Berlin 1992.

Doni, Christine; Gresch, Ulrich:  
Pflegehandbuch.  
Reutlingen 1997.

Drerup, Elisabeth:  
Pflegetheorien, Lehrerhandbuch für den Pflegeunterricht.  
Freiburg 1998.

Ernährungsbericht der Deutschen Gesellschaft für Ernährung.  
Düsseldorf 1996.

Goberg, Otto:  
Taschenkommentar zum Heimgesetz und zugehörige Durchführungsverordnungen.  
Hannover 1994<sup>2</sup>.

Hamburgische Krankenhausgesellschaft e.V.:  
Qualitätsmanagement in der Pflege. Fachtagung.  
Dezember 1994.

Harris, R.; Klie, Thomas; Ramin, E.:  
Heime zum Leben.  
Freiburg 1995.

Hellige, Barbara; Holler, Gerhard:  
Leitfaden zur Neuordnung des Pflegedienstes.  
Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit.  
Bd. 31.  
Baden-Baden 1994.

Igl, Prof. Dr. Gerhard:  
Öffentlich-rechtliche Grundlagen für das Berufsfeld Pflege im Hinblick auf vorbehaltene Aufgabenbereiche.  
Eschborn, Göttingen, Hannover et al 1998.

Juchli, Liliane:

Praxis und Theorie der Gesundheits- und Krankenpflege.  
Stuttgart 1994.

Kämmer, Karla; Schröder, Barbara (Hrsg.):

Pflegemanagement in Alteneinrichtungen. Grundlagen für Konzeptentwicklung und Organisation.  
Hannover 1998<sup>3</sup>.

KDA (Hrsg.):

Qualitätsgeleitetes Planen und Arbeiten in der Altenhilfe.  
KDA-Forum Bd. 25.  
Köln 1994.

KDA (Hrsg.):

Qualitätshandbuch Wohnen im Heim. Wege zu einem selbstbestimmten und selbständigen Leben. Ein Hand-  
buch zur internen Qualitätsentwicklung in den AEDL-Bereichen.  
Köln ohne Jahr.

KDA (Hrsg.):

Qualitätsmanagement in Einrichtungen der Langzeitpflege. Ein klientenzentrierter Ansatz aus Kanada.  
KDA-Thema 146.  
Köln 1999.

KDA (Hrsg.):

Theoriegeleitetes Arbeiten in Ausbildung und Praxis.  
KDA-Forum Bd. 24.  
Köln 1995.

Klie, Thomas:

Lehrbuch Altenpflege. Rechtskunde. Das Recht der Pflege alter Menschen.  
Hannover 1996<sup>5</sup>.

Klie, Thomas; Lörcher, Uwe:

Qualitätssicherung in der ambulanten und stationären Altenpflege.  
Freiburg 1995.

Koch-Straube, Ursula:

Fremde Welt Pflegeheim: eine ethnologische Studie.  
Bern, Göttingen, Toronto, Seattle 1997.

Köther, Ilka; Gramm, Else (Hrsg.):

Altenpflege in Ausbildung und Praxis.  
Stuttgart 1995<sup>3</sup>.

Lanz, Gerlinde:

Sozialarbeit in der stationären Altenhilfe.  
Bd. 3 Manuskripte zur sozialen Gerontologie und Altenpflege.  
Stuttgart 1993.

Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales NRW (Hrsg.):

Patientenorientierungen und Arbeitszufriedenheit im Krankenhaus.  
Düsseldorf, 1994.

Mötzing, G.; Wurlitzer, Grit (Hrsg.):

Leitfaden Altenpflege.  
Stuttgart 1998.

Runge, Martin; Rehfeld, Gisela:  
Geriatrische Rehabilitation im Therapeutischen Team.  
Stuttgart, New-York 1995.

Siebers, H., Wander, M.:  
Qualitätssicherung in der Pflege.  
Eschborn 1991.

Schmidt, Dr. Roland; Braun, Ute; Dreyer, Karin:  
Leistungen vollstationärer Pflegeeinrichtungen für Bürgerinnen und Bürger der Stadt München. Gutachten zu Konzepten und Umsetzungsmöglichkeiten kooperativer Qualitätssicherung.  
München, Berlin 1998.

Vollmer, Dr. Rudolf J.:  
Die neue Pflegeversicherung - SGB XI. Textausgabe mit systematisch zugeordneten amtlichen Begründungen.  
Remagen 1994.

Weh, Bernhard; Sieber, Hannes:  
Pflegequalität.  
München, Wien, Baltimore 1995.

Wettstein, A. (Hrsg.):  
Checkliste Geriatrie.  
Stuttgart, New-York 1997.

### **Zeitschriften:**

Donabedian, Avedis:  
Exploration in Quality Assessment and Monitoring.  
In: Vol. I Health Administration Press 1980.

Forum Sozialstation (1993)  
Sonderausgabe 1/93.

Bantle, U., Grauvogl, S.:  
Gefährlich, angemessen oder optimal.  
In: Pflege aktuell 9/95.

Boeck, Gerhard; Kutschke, Andreas:  
Dehydration - wenn der Durst ausbleibt.  
In: Forum Sozialstation 2/1997.

Joosten, Marly:  
Von der Lücke zur Brücke.  
In: Pflege aktuell 10/95.

Kerres, Andrea; Falk, Juliane:  
In Grenzsituationen richtig handeln. Die Begleitung dementiell erkrankter Menschen.  
In: Häusliche Pflege 11/96.

Koch, W.; Seuß, C.; Schönekeß, H.:  
Mangelernährung und Dekubitus.  
In: Die Schwester der Pfleger 11/99.

Kramer, Prof. Dr. Utz:

Für Transparenz und Sicherheit. Mustervertrag für die Rechtsbeziehungen zwischen ambulanten Pflegediensten und Pflegebedürftigen.

In: Häusliche Pflege 8/96.

Kutschke, Andreas:

Auf dem Trockenen sitzt sich's ungesund.

In: Pflegen ambulant 3/98.

Löser, Angela:

Die Pflegevisite ist Teil eines modernen Qualitätsmanagements.

In: Pflegen ambulant 6/98.

Pfisterer, M.; Kuno, E.; Müller, M. et al:

Harninkontinenz im Alter. Teil 2.

In: Fortschritte der Medizin 17/98.

ohne Autor

Pflegeeinrichtungen müssen Pflegekonzepte vorweisen.

In: Pro Alter 2/97.

Öhlschläger, Angelika; Härtel, Elke:

Grundstrukturen des Arbeitszeitgesetzes Teil I und II.

In: Pflege aktuell 10 und 11/96.

Schoericke, Klaus:

Elemente der Qualitätssicherung in der ambulanten Pflege.

In: Häusliche Pflege 5/96, Qualitätskolleg.

Volkert, Dorothee:

Ernährung im Alter. Ernährungsprobleme in der Geriatrie - Mangelernährung bei geriatrischen Patienten.

In: Akt. Ernähr.-Med, 21/96.

### **Sonstiges:**

Deutsches Netzwerk für Qualitätssicherung in der Pflege (Hrsg.):

Arbeitstexte zur 1. Konsensus-Konferenz in der Pflege. Thema: Dekubitusprophylaxe.

Osnabrück 2000.

Gemeinsame Empfehlung gemäß § 75 Abs. 5 SGB XI zum Inhalt der Rahmenverträge nach § 75 Abs. 1 SGB XI zur ambulanten pflegerischen Versorgung vom 13. Februar 1995.

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschließlich des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege in der Fassung vom 31. Mai 1996.

Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen zur Begutachtung von Pflegebedürftigkeit nach dem XI. Buch des Sozialgesetzbuches.