

Qualitätsprüfungs-Richtlinien ·
MDK-Anleitung · Transparenzvereinbarung

Grundlagen der MDK-Qualitätsprüfungen in der ambulanten Pflege



Impressum

Herausgeber:

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)

Lützwowstraße 53

45141 Essen

Telefon: 0201 8327-0

Telefax: 0201 8327-100

E-Mail: office@mds-ev.de

Internet: www.mds-ev.de

GKV-Spitzenverband

Körperschaft des öffentlichen Rechts

Mittelstraße 51

10117 Berlin

Telefon: 030 206288-0

Telefax: 030 206288-88

E-Mail: pfllege@gkv-spitzenverband.de

Internet: www.gkv-spitzenverband.de

Umschlaggestaltung:

BestPage Kommunikation GmbH & Co. KG

45479 Mülheim an der Ruhr

Titelfoto: Thomas Imo/photothek.net

Herstellung & Druck:

asmuth druck + crossmedia gmbh & co. kg

50829 Köln

2009

Vorwort

Seit der Einführung der Pflegeversicherung hat sich die externe Qualitätssicherung des MDK in ambulanten und stationären Pflegeeinrichtungen zunehmend zu einer wichtigen Kernaufgabe entwickelt. Mit dem am 1. Juli 2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz wurden das interne Qualitätsmanagement der Pflegeeinrichtungen sowie die externe Qualitätssicherung durch den MDK grundlegend weiterentwickelt. Der Gesetzgeber setzte dabei zu Recht auf eine Verknüpfung von internen und externen Ansätzen. Bis Ende 2010 sind alle ambulanten Pflegedienste und stationären Pflegeeinrichtungen vom MDK zu prüfen, ab 2011 werden alle Pflegeeinrichtungen jährlich einer Prüfung des MDK unterzogen.

Gleichzeitig hat der Gesetzgeber erstmalig im Geltungsbereich der Pflegeversicherung die Weichen dafür gestellt, dass der Verbraucher sich im Internet auf der Grundlage der Prüfungsergebnisse des MDK über die Qualität der Pflegeeinrichtungen informieren kann. Damit wird der Verbraucherschutz gefördert und ein Qualitätswettbewerb zwischen Pflegeeinrichtungen unterstützt.

Die in dieser Broschüre zusammengefassten Prüfgrundlagen haben unterschiedliche Rechtscharaktere:

- Die Qualitätsprüfungs-Richtlinien sind als Richtlinien für MDK und Landesverbände der Pflegekassen unmittelbar verbindliche und maßgebliche Handlungsgrundlage. Diese Richtlinien sind nach § 114 a Abs. 7 SGB XI i. V. mit § 53 SGB XI erarbeitet worden, einer Anhörung unterzogen und entsprechend dem gesetzlich vorgesehenen Procedere vom BMG genehmigt worden. In den Richtlinien ist der gesamte Prüfungsumfang des MDK dargestellt.
- Bei den MDK-Anleitungen handelt es sich hingegen um eine durch den MDS und die MDK-Gemeinschaft gemeinsam erarbeitete und mit dem GKV-Spitzenverband sowie den Verbänden der Pflegekassen auf Bundesebene abgestimmte interne Arbeitshilfe, die eine einheitliche Umsetzung der Qualitätsprüfungen durch den MDK fördern soll.
- Die ebenfalls in dieser Broschüre aufgenommenen Transparenzvereinbarungen schließlich sind gemäß § 115 Abs. 1a SGB XI zwischen dem GKV-Spitzenverband, den Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, der Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und der Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände unter Beteiligung des MDS vertraglich vereinbart worden. Die Kriterien der Transparenzvereinbarungen sind eine Teilmenge der gesamten Prüf-inhalte des MDK.

Mit den vorgelegten Prüfgrundlagen liegt nach 1996, 2000 und 2006 nun die vierte Generation eines MDK-Prüfinstrumentariums vor, das weiterhin notwendige Inhalte der Struktur- und Prozessqualität abbildet, gleichzeitig aber vor allem eine weitere Fokussierung auf die Ergebnisqualität vornimmt.



K.-Dieter Voß
Vorstand des GKV-Spitzenverbandes



Dr. Peter Pick
Geschäftsführer des MDS

Inhalt

Qualitätsprüfungs-Richtlinien

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in der Pflegeeinrichtung erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI (QPR) vom 11. Juni 2009 in der Fassung vom 30. Juni 2009	7
Anlage 1: Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege	17
(Anlage 2 siehe Grundlagen der Qualitätsprüfungen in der stationären Pflege)	

MDK-Anleitung

zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege vom 10. November 2009	57
--	----

Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA)

Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI über die Kriterien der Veröffentlichung sowie die Bewertungssystematik der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertiger Prüfergebnisse von ambulanten Pflegediensten vom 29. Januar 2009	177
Anlage 1: Kriterien der Veröffentlichung	183
Anlage 2: Bewertungssystematik	189
Anlage 3: Ausfüllanleitung für die Prüfer	195
Anlage 4: Darstellung der Prüfergebnisse	209

Qualitätsprüfungs-Richtlinien

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

vom 11. Juni 2009² in der Fassung vom 30. Juni 2009

Der GKV-Spitzenverband hat unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) aufgrund des § 114 a Abs. 7 SGB XI i. V. mit § 53 SGB XI am 11. Juni 2009 die nachstehenden Richtlinien als Mindestanforderungen für die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität sowie für das Verfahren zur Durchführung von solchen Prüfungen im Bereich der sozialen Pflegeversicherung beschlossen.

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

² Das BMG hat diese Richtlinien mit Schreiben vom 30.06.2009 mit Maßgaben genehmigt. Der GKV-Spitzenverband hat durch Beschluss vom 30.06.2009 die Maßgaben in die Richtlinien eingearbeitet.

Präambel

- (1) Der Gesetzgeber hat mit dem am 01.07.2008 in Kraft getretenen Pflege-Weiterentwicklungsgesetz die interne und externe Qualitätssicherung im Bereich der Pflegeversicherung grundlegend neu ausgerichtet. Auf der Grundlage des Gesetzes wurden von den Partnern der Pflegeselbstverwaltung für die ambulante und die stationäre Pflege Transparenzvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI geschlossen, die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI sind neu zu vereinbaren, die Expertenstandards für die Pflege werden zukünftig auf der Grundlage des § 113a SGB XI entwickelt, die Frequenz der externen Qualitätsprüfungen durch den MDK ist nach § 114 Abs. 2 SGB XI erhöht worden und die Richtlinien über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitäts-Prüfungsrichtlinien – QPR) wurden mit dem § 114a Abs. 7 SGB XI auf eine neue gesetzliche Grundlage gestellt.
- (2) Um die nach den §§ 114 ff. SGB XI geänderten Prüfrechte und Prüfaufgaben des MDK und die Transparenzvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI bei den Qualitätsprüfungen des MDK umsetzen zu können, beschließt der GKV-Spitzenverband unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen auf der Grundlage des § 114a Abs. 7 SGB XI die Qualitäts-Prüfungsrichtlinien – QPR. Der GKV-Spitzenverband hat die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege, die Bundesverbände privater Alten- und Pflegeheime, die Verbände der privaten ambulanten Dienste, die Bundesverbände der Pflegeberufe, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, den Verband der privaten Krankenversicherung e. V., die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe, die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene sowie die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen beteiligt. Ihnen wurde unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Entscheidung Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben; die Stellungnahmen wurden in die Entscheidung einbezogen. Die vorliegenden Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.
- (3) Die mit den Transparenzvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI konsentierten Transparenzkriterien bilden eine Teilmenge der in den Anlagen zu diesen Richtlinien enthaltenen Qualitätskriterien. Die Qualitätsprüfung des MDK wird weiterhin ein umfassenderes Spektrum abbilden, wobei auch hier der Schwerpunkt auf der Ergebnisqualität liegt. Bei der Erstellung der Prüfberichte nach § 115 Abs. 1 SGB XI und der Veröffentlichung der Transparenzberichte nach § 115 Abs. 1a SGB XI handelt es sich um voneinander getrennte Verfahren. Die in den Transparenzvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI vereinbarte zufallsgesteuerte Einbeziehung pflegebedürftiger Menschen in die Qualitätsprüfungen nach § 114 SGB XI (Stichprobe) wird um die betroffenen Pflegebedürftigen erweitert, wenn bei konkreten und begründeten Anhaltspunkten für eine nicht fachgerechte Pflege die Prüfung insgesamt als Anlassprüfung durchgeführt wird. Für die in einer Anlassprüfung ermittelten Ergebnisse besteht die Verpflichtung zur Veröffentlichung nach § 115 Abs. 1a SGB XI (Transparenzbericht).
- (4) Die Einarbeitung der Transparenzvereinbarungen in diese Richtlinien ist ein erster wichtiger Schritt, um die sich aus dem Pflege-Weiterentwicklungsgesetz ergebenden Änderungen bei den Qualitätsprüfungen des MDK zu berücksichtigen. Weitere Anpassungsschritte folgen, insbesondere gilt dies für die Berücksichtigung der Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI. Auch die nach § 113a SGB XI zu aktualisierenden oder neu zu entwickelnden Expertenstandards werden sukzessive Eingang in die Qualitäts-Prüfungsrichtlinien – QPR finden.

Schließlich wird zu prüfen sein, inwieweit die Ergebnisse des vom Bundesministerium für Gesundheit und vom Bundesministerium für Familie Senioren Frauen und Jugend in Auftrag gegebenen Forschungsprojektes „Entwicklung und Erprobung von Instrumenten zur Beurteilung der Ergebnisqualität in der stationären Altenhilfe“ Änderungen dieser Richtlinien erforderlich machen. Unabhängig davon sind diese Richtlinien regelmäßig an den medizinisch-pflegefachlichen Fortschritt anzupassen.

1. Ziel der Richtlinien

- (1) Ziel dieser Richtlinien ist es, auf der Basis der bisherigen Erfahrungen mit den Qualitätsprüfungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) die Prüfung der Qualität der Pflege und Versorgung in den Pflegeeinrichtungen weiter zu verbessern und zu sichern. Hierzu bedarf es eines gemeinsamen Qualitätssicherungsverfahrens in der MDK-Gemeinschaft, das auf der Grundlage der Erkenntnisse bei der Qualitätsprüfung eine Erfassung der Qualität in den Pflegeeinrichtungen nach einheitlichen Kriterien ermöglicht.
- (2) Zugleich soll mit den Richtlinien ein Beitrag zur Weiterentwicklung der Qualität solcher Prüfungen geleistet werden. Die Regelungen dieser Richtlinien werden auch in Zukunft an Erkenntnisse, insbesondere der Pflegewissenschaft, der Medizin und der Rechtsprechung anzupassen sein.

2. Geltungsbereich

- (1) Diese Richtlinien sind für die MDK und den Sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (SMD), den von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen und für die Pflegekassen und deren Verbände verbindlich. Diese Richtlinien sind auch für den Verband der privaten Krankenversicherung e. V. verbindlich, sofern sich deren Vertreter an den Qualitätsprüfungen beteiligen.
- (2) Für die Prüfung von Leistungen der Häuslichen Krankenpflege (HKP) gelten die nachstehenden Regelungen entsprechend.

3. Prüfauftrag

- (1) Die Landesverbände der Pflegekassen beauftragen den MDK mit den Prüfungen nach § 114 Abs. 1 SGB XI, die als Regelprüfung, Anlassprüfung oder Wiederholungsprüfung durchzuführen sind. Die Landesverbände der Pflegekassen entscheiden über die Prüfungsart und erteilen dem MDK die Prüfaufträge schriftlich. Vor der Erteilung eines Prüfauftrages zur Durchführung einer Anlassprüfung sind Beschwerden und Hinweise zunächst durch die Landesverbände der Pflegekassen auf ihre Stichhaltigkeit zu prüfen.
- (2) Im Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen sind insbesondere zu beschreiben:
 - Art der Prüfung
 - Umfang der Prüfung, soweit dieser über die Mindestangaben hinaus gehen soll
 - bei Anlassprüfungen der dem Prüfauftrag zugrunde liegende Sachverhalt (z.B. Beschwerde)
 - Einbindung der Pflegekassen oder der Landesverbände der Pflegekassen, insbesondere im Hinblick auf die Abrechnungsprüfung
 - Zeitpunkt der Prüfung
 - Prüfmodalitäten (insbesondere Information/Abstimmung mit den Heimaufsichtsbehörden, ggf. aber auch mit anderen Behörden wie z.B. Gesundheitsamt).

- (3) Mit dem Prüfauftrag sind dem MDK die erforderlichen Informationen und Unterlagen für die Qualitätsprüfung zur Verfügung zu stellen, insbesondere Institutionskennzeichen (IK), Versorgungsverträge, Strukturdaten, festgelegte Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Abs. 5 SGB XI, vorliegende Maßnahmenbescheide nach § 115 Abs. 2 SGB XI, Stellungnahmen und Unterlagen der Pflegeeinrichtung an den Landesverband, eventuelle Beschwerden über die zu prüfende Pflegeeinrichtung sowie von der Pflegeeinrichtung erhaltene Qualitätszertifikate/Gütesiegel.

4. Durchführung der Prüfung

Die Qualitätsprüfungen sind grundsätzlich unangemeldet durchzuführen. Eine Prüfung zur Nachtzeit ist auf die Fälle zu begrenzen, in denen das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Tageszeiten nicht erreicht werden kann. Die Beteiligung anderer Prüfinstitutionen (z.B. Heimaufsicht oder Gesundheitsamt) darf nicht zu Verzögerungen für die Prüfungen führen. Dies gilt auch für die Beteiligung der Trägervereinigung der Pflegeeinrichtung. Das Prüfteam des MDK hat die Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner eines Pflegeheims über die Prüftätigkeit unverzüglich in Kenntnis zu setzen.

5. Eignung der Prüfer

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

6. Prüfinhalte/Prüfumfang der MDK-Prüfung

- (1) Inhalt der Regelprüfungen, Anlassprüfungen und Wiederholungsprüfungen sind die im Prüfauftrag beschriebenen Prüfgegenstände. Bei der Regelprüfung und der Anlassprüfung sind unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisqualität mindestens die in Anlage 1 bzw. 2 definierten Mindestangaben zu prüfen.
- (2) Bei Wiederholungsprüfungen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen ist zu prüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 115 Abs. 2 SGB XI angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind. Die Prüfung bezieht sich dabei auf die beanstandeten einrichtungsbezogenen Kriterien. Die personenbezogenen Mindestangaben (mit Ausnahme der Befragung der Bewohner/Pflegebedürftigen) sind vollständig zu prüfen. Wenn bei einer Wiederholungsprüfung aufgrund der Zufallsstichprobe die bemängelten personenbezogenen Kriterien nicht einbezogen werden können, muss ersatzweise ein Bewohner/Pflegebedürftiger einbezogen werden, bei dem diese Kriterien zutreffen.
- (3) Bei Wiederholungsprüfungen auf Antrag der Pflegeeinrichtung bezieht sich die Prüfung darauf, ob die beanstandeten Qualitätsmängel behoben worden sind. Die Prüfung bezieht sich dabei auf die beanstandeten einrichtungsbezogenen Kriterien. Die personenbezogenen Mindestangaben (mit Ausnahme der Befragung der Bewohner/Pflegebedürftigen) sind vollständig zu prüfen. Wenn bei einer Wiederholungsprüfung aufgrund der Zufallsstichprobe die bemängelten personenbezogenen Kriterien nicht

einbezogen werden können, muss ersatzweise ein Bewohner/Pflegebedürftiger einbezogen werden, bei dem diese Kriterien zutreffen. Auch für diese Prüfung ist ein Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen erforderlich. Wiederholungsprüfungen auf Antrag der Pflegeeinrichtung sollen innerhalb von acht Wochen nach Antragseingang bei den Landesverbänden der Pflegekassen durchgeführt werden.

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

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

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

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

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

Die Prüfung bezieht sich auch auf die Anforderungen der relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes (IFSG).

- (5) Sie kann sich auch auf die Abrechnung der genannten Leistungen erstrecken.
- (6) Die Feststellungen sind für die ambulanten Pflegeeinrichtungen in dem Erhebungsbogen nach Anlage 1 dieser Richtlinien und für die stationären Pflegeeinrichtungen in dem Erhebungsbogen nach Anlage 2 dieser Richtlinien zu treffen. Die Erhebungsbogen sind auf Basis einer vom MDS und dem GKV-Spitzenverband gemeinsam erarbeiteten MDK-Anleitung auszufüllen.
- (7) Basis aller Prüfungen sind:
- die Grundsätze und Maßstäbe zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 80 SGB XI in der ambulanten Pflege, in der teilstationären Pflege und in der Kurzzeitpflege jeweils in der Fassung vom 31.05.1996 sowie in der vollstationären Pflege in der Fassung vom 07.03.1996
 - der aktuelle Stand des Wissens, insbesondere die Expertenstandards zur Sicherung und Weiterentwicklung der Qualität in der Pflege
 - die qualitätsrelevanten Inhalte der Verträge der Pflege- und der Krankenkassen mit der jeweiligen Einrichtung

- die Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 Nr. 1 SGB V sowie
- die relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Abs. 2 Infektionsschutzgesetz (IFSG).

(8) Zur Beurteilung der Qualität sind in allen Prüfungen

- bei Einrichtungen mit nicht mehr als 50 Bewohnern/Pflegebedürftigen mindestens fünf Personen
- bei Einrichtungen mit mehr als 50 Bewohnern/Pflegebedürftigen mindestens 10% der Bewohner/Pflegebedürftigen einzubeziehen. Als Bezugsgröße für die Auswahl gilt im stationären Bereich die Anzahl der belegten Heimplätze und im ambulanten Bereich die Anzahl aller Sachleistungsbezieher nach dem SGB XI. In die Prüfungen sollen nicht mehr als 15 Personen einbezogen werden.
- Die in die Prüfung einzubeziehenden Bewohner/Pflegebedürftigen werden entsprechend der Verteilung der Pflegestufen 1-3 in der Einrichtung und innerhalb der Pflegestufen zufällig ausgewählt. Fallen in die Zufallsstichprobe Versicherte der privaten Pflegepflichtversicherung, sind diese in die Prüfung einzubeziehen. Voraussetzung für die Einbeziehung in die Stichprobe im ambulanten Bereich ist der Sachleistungsbezug nach SGB XI. Personen, die Leistungen der privaten Pflegepflichtversicherung beziehen, sind den Sachleistungsbeziehern gleichzusetzen. Bei Anlassprüfungen ist der Bewohner/Pflegebedürftige, auf den sich die Beschwerde bezieht, nach Möglichkeit in die Stichprobe einzubeziehen. Eine Nichteinbeziehung ist schriftlich zu begründen. Die Einbeziehung in die Prüfung setzt die Einwilligung des Bewohners/Pflegebedürftigen, der vertretungsberechtigten Person oder des gesetzlich bestellten Betreuers voraus.

(9) Bei konkreten und begründeten Anhaltspunkten (z.B. Beschwerden, Hinweise) für eine nicht fachgerechte Pflege bei Pflegebedürftigen, die nicht von der in den Transparenzvereinbarungen nach § 115 Abs. 1a SGB XI vereinbarten zufallsgesteuerten Auswahl (Stichprobe) umfasst werden, insbesondere bei folgenden Pflegesituationen:

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

erfolgt die Prüfung insgesamt als Anlassprüfung. Die Durchführung einer Anlassprüfung setzt voraus, dass das MDK-Prüfteam die Gründe hierfür gegenüber den Landesverbänden der Pflegekassen schriftlich dargelegt hat und ein entsprechender Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen ergangen ist. Die Stichprobe ist dann unverzüglich um die betroffenen Pflegebedürftigen, bei denen diese Anhaltspunkte vorliegen, zu erweitern. Die Ergebnisse der Anlassprüfungen sind nach § 115 Abs. 1a SGB XI zu veröffentlichen (Transparenzbericht).

(10) Sofern ein Bewohner/Pflegebedürftiger an der Befragung aufgrund einer Demenzerkrankung oder anderen gerontopsychiatrischen Veränderungen nicht teilnehmen kann,

ist ein anderer Bewohner mit der gleichen Pflegestufe nach dem Zufallsprinzip für die Befragung auszuwählen.

- (11) Im Zusammenhang mit der Qualitätsprüfung berät das Prüfteam des MDK in einem pflegefachlichen Abschlussgespräch, in dem insbesondere die festgestellten Mängel erörtert werden, die Pflegeeinrichtungen in Fragen der Qualitätssicherung mit dem Ziel, ggf. festgestellte Mängel direkt abzustellen, Qualitätsmängeln rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortung der Pflegeeinrichtungen für die Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität zu stärken.

7. Kooperation mit der Heimaufsicht

- (1) Die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52 Abs. 1 SGB XI) und der MDK arbeiten entsprechend § 117 SGB XI mit den Heimaufsichtsbehörden bei der Zulassung und der Überprüfung der Pflegeheime eng zusammen, um ihre wechselseitigen Aufgaben nach dem Elften Buch des Sozialgesetzbuches und nach den heimrechtlichen Vorschriften insbesondere durch

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

wirksam aufeinander abzustimmen und Doppelprüfungen nach Möglichkeit zu vermeiden. Die zur Realisierung dieses Zieles zu regelnden Einzelheiten sind zwischen den Landesverbänden der Pflegekassen und der für die Heimaufsicht zuständigen obersten Landesbehörde im Einvernehmen mit dem MDK abzustimmen.

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

8. Abrechnungsprüfung

- (1) Stellt der MDK im Rahmen der Qualitätsprüfung Unregelmäßigkeiten fest, die auf Fehler bei der Abrechnung schließen lassen, ist die zuständige Pflegekasse oder deren Landesverband (§ 52 Abs. 1 SGB XI) umgehend zu informieren.

- (2) Führen von den Landesverbänden der Pflegekassen (§ 52 Abs. 1 SGB XI) bestellte Sachverständige im Rahmen einer Prüfung nach § 114a SGB XI eine Abrechnungsprüfung durch, ist der MDK im Prüfauftrag darauf hinzuweisen.

9. Prüfbericht

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

10. Berichterstattung

- (1) Der Prüfbericht und der für seine Erstellung verwendete Erhebungsbogen bilden die Grundlage für die Berichterstattung des MDS und der MDK nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Grundlage für die Datenlieferung an den MDS sind die jeweiligen Mindestangaben. Die Daten sind als Einzeldatensätze EDV-gestützt nach der vom GKV-Spitzenverband festgelegten Datensatzbeschreibung in einem einheitlichen Datenformat bereitzustellen. Auf der Grundlage dieser Daten wird durch den MDS ein Bericht erstellt. Personenbezogene Daten sind zu anonymisieren. Die Landesverbände der Pflegekassen und der MDK können vereinbaren, dass die dem Bericht zugrunde liegenden Daten auch den Landesverbänden der Pflegekassen zur Verfügung gestellt werden.
- (2) Ergänzend dazu sind Bestandteil des Berichtes nach Absatz 1 die von den MDK zu erstellenden spezifischen Berichte. Aufbau und Systematik dieser Berichte sind innerhalb der MDK-Gemeinschaft zu vereinbaren und mit dem GKV-Spitzenverband abzustimmen.

11. Inkrafttreten

Die Richtlinien treten am 1. Juli 2009 in Kraft. Mit diesem Zeitpunkt treten die Richtlinien der Spitzenverbände der Pflegekassen über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-Richtlinien-QPR) vom 10. November 2005 außer Kraft.

Qualitätsprüfungs-Richtlinien

Anlage 1: Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege

Hinweise:

M = Mindestangaben

Info = Informationsfrage

T = Transparenzkriterium

B = sonstige Bewertungsfrage

t.n.z = trifft nicht zu

n.e. = nicht erforderlich (wird für die Prüfung nicht benötigt)

k.A. = keine Angabe

E = Empfehlung

Erhebungsbogen zur Prüfung im Pflegedienst (Struktur- und Prozessqualität)

1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

M/Info	
1.1	Auftragsnummer

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

M/Info		
1.3	Daten zur Prüfung	
a.	Auftraggeber/zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> IKK <input type="checkbox"/> KBS <input type="checkbox"/> LKK <input type="checkbox"/> vdek
b.	Datum	 von TT.MM.JJ bis TT.MM.JJ
c.	Uhrzeit	
	1. Tag	von bis
	2. Tag	von bis
	3. Tag	von bis
d.	Gesprächspartner des Pflegedienstes	
e.	Prüfende(r) Gutachter	
f.	An der Prüfung Beteiligte	Namen
	<input type="checkbox"/> Pflegekasse	
	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger	
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	
	<input type="checkbox"/> Trägerverband	
	<input type="checkbox"/> Sonstige: welche?	
g.	Ansprechpartner des MDK	Name
		E-Mail-Adresse

M/Info	
1.4	Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI
a.	<input type="checkbox"/> Regelprüfung
b.	<input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Beschwerde Pflegebedürftiger, Angehörige o. ä.) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise)
c.	<input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung auf Antrag der Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> nach Regelprüfung <input type="checkbox"/> nach Anlassprüfung
d.	<input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung
e.	Datum der letzten Prüfung durch den MDK <div style="text-align: right;">TT.MM.JJ</div>
f.	Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> keine Angaben <input type="checkbox"/> Prüfung nach anerkanntem Prüfverfahren <div style="text-align: right;">MM.TT</div>

M/Info						
1.5	Vom Pflegedienst zur Prüfung vorgelegte Unterlagen?	ggf. Datum	liegt vor	liegt nicht vor	t.n.z.	n. e.
	Aufstellung über die Anzahl aller versorgten Personen (SGB XI, SGB V, Selbstzahler, Sonstige) sowie Pflege- stufendifferenzierung der Leistungsempfänger nach SGB XI mit Datum		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Aufstellung über die Anzahl der Pflegebedürftigen mit: <ul style="list-style-type: none"> • Wachkoma • Beatmungspflicht • Dekubitus • Blasenkatheter • PEG-Sonde • Fixierung • Kontraktur • vollständiger Immobilität • Tracheostoma • MRSA • Diabetes mellitus 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Versorgungsvertrag des Pflegedienstes/ Strukturerhebungsbogen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Blanko-Pflegevertrag		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Ausbildungsnachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Weiterbildungsnachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Ausbildungsnachweis der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Pflegebezogene Ausbildungsnachweise der pflegerischen Mitarbeiter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Aufstellung aller in der Pflege tätigen Mitarbeiter mit Name, Berufsausbildung und Beschäftigungsumfang		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	aktuelle Handzeichenliste		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Liste der vom Pflegedienst vorgehaltenen Pflegehilfsmittel/Hilfsmittel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Dienstpläne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Touren-/Einsatzpläne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Organigramm		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Pflegeleitbild		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Pflegekonzept		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Pflegedokumentationssystem		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Stellenbeschreibungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Nachweise über Pflegevisiten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nachweise über Fallbesprechungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nachweise über Informationsweitergabe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Nachweise über Dienstbesprechungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

M/Info		liegt vor	liegt nicht vor	t.n.z.	n. e.
	ggf. Datum				
	Fortbildungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Nachweise interne Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Nachweise externe Fortbildung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Nachweise zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Nachweise externes Qualitätsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Leitlinien/Richtlinien/Standards	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Hygienestandard/-plan/-konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Konzept zum Beschwerdemanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Regelungen zum Umgang mit personenbezogenen Notfällen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

M/Info					
1.6	Versorgungssituation				
		davon Leistungsempfänger nach:			
	Gesamt	Ausschließlich SGB XI	Ausschließlich SGB V	SGB XI und SGB V	Sonstige
Versorgte Personen					
davon ggf. nach Schwerpunkt Versorgte					

M/Info		
1.7	Nach Angabe des Pflegedienstes Anzahl Pflegebedürftige mit:	
a.	Wachkoma	
b.	Beatmungspflicht	
c.	Dekubitus	
d.	Blasenkatheter	
e.	PEG-Sonde	
f.	Fixierung	
g.	Kontraktur	
h.	vollständiger Immobilität	
i.	Tracheostoma	
j.	MRSA	
k.	Diabetes mellitus	

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

ja nein

M/Info		
1.9	Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?	
	Wenn ja, welche?	
a.	<input type="checkbox"/> Grundpflege	
b.	<input type="checkbox"/> Behandlungspflege	
c.	<input type="checkbox"/> hauswirtschaftliche Versorgung	
d.	<input type="checkbox"/> Rufbereitschaft	
e.	<input type="checkbox"/> Nachtdienst	

ja nein

2. Allgemeine Angaben

2.1	Räumliche Ausstattung:	ja	nein	t.n.z.	E.
	B				<input type="checkbox"/>
a.	Geschäftsräume vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
b.	Räumlichkeiten und Ausstattung bieten Möglichkeit zur Teambesprechung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
c.	Wohnungsschlüssel der Pflegebedürftigen werden für Unbefugte unzugänglich (z.B. Schlüsselkasten) aufbewahrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	B				
d.	Zuordnung der Wohnungsschlüssel der Pflegebedürftigen für Unbefugte nicht möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

M/T30/B					
2.2	Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?	ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

M/T29/B					
2.3	Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvorschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt?	ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

B					
2.4	Werden Pflegeverträge mit den Pflegebedürftigen abgeschlossen?	ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

B					
2.5	Gibt es verbindliche Verfahrensweisen für den Erstbesuch beim Pflegebedürftigen?	ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

B					
2.6	Werden Pflegeeinsätze nach § 37 SGB XI durch Pflegefachkräfte sichergestellt?	ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

3. Aufbauorganisation Personal

3.1	Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiter verbindlich geregelt?	ja	nein	t.n.z.	E. <input type="checkbox"/>
B					
a.	Organisationsstruktur z.B. in Form eines Organigramms geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/T35/B					
b.	Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die leitende Pflegefachkraft geregelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
c.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Pflegefachkräfte z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
d.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Krankenpflegehelfer z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B					
e.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Altenpflegehelfer z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B					
f.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für angelernte Kräfte in der Pflege z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Fortbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T36/B					
g.	Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die Mitarbeiter in der Hauswirtschaft geregelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Info					
3.2	Ist die verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		E. <input type="checkbox"/>

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

Info	
3.4	Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in diesem Pflegedienst?
	Stunden <input style="width: 100px;" type="text"/>

Info				
3.5	Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig?	ja	nein	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Mit welchem Stundenumfang?	<input style="width: 100px;" type="text"/>		

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

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

Info						
3.8	Zusammensetzung Personal					
Geeignete Kräfte:	Vollzeit Stunden/ Woche	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Gesamtstellen in Vollzeit
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang	
Pflege						
Verantwortliche Pflegefachkraft						
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft						
Altenpfleger/in						
(Gesundheits- und) Krankenpfleger/in						
(Gesundheits- und) Kinderkrankenpfleger/in						
Heilerziehungspfleger/in						
Krankenpflegehelfer/in						
Altenpflegehelfer/in						
angelernete Kräfte						
Auszubildende						
Zivildienstleistende						
Freiwilliges soz. Jahr						
Sonstige						
hauswirtschaftliche Versorgung						
hauswirtschaftliche Mitarbeiter						

4. Ablauforganisation

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

B				
4.2	Hat die verantwortliche Pflegefachkraft ausreichend Zeit für ihre Leitungsaufgaben?	ja	nein	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

4.5	Liegen geeignete Einsatz-/Tourenpläne vor?	ja	nein	E.
B				
a.	Datum der Gültigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
b.	tageszeitliche Zuordnung von Mitarbeitern zu Pflegebedürftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
c.	Angabe der verantwortlichen Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

M/T37/B				
4.6	Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes im Hinblick auf die vereinbarten Leistungen sichergestellt?	ja	nein	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Konzeptionelle Grundlagen

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

5.2	Liegt ein geeignetes schriftliches Pflegekonzept vor?	ja	nein	t.n.z.	E.
	B				<input type="checkbox"/>
a.	Aussagen zum Pflegemodell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
b.	Aussagen zum Pflegesystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
c.	Aussagen zum Pflegeprozess	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
d.	Aussagen zur innerbetrieblichen Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
e.	Aussagen zum Qualitätssicherungssystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
f.	Aussagen zur Leistungsbeschreibung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
g.	Aussagen zur Kooperation mit anderen Diensten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	B				
h.	Aussagen zur personellen Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

	B				
5.3	Ist das Pflegekonzept den Mitarbeitern in der Pflege bekannt?	ja	nein		E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

6. Qualitätsmanagement

B		ja	nein	E.
6.1	Ist die betriebliche Zuständigkeit für die Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne des Qualitätsmanagements der Leitungsebene zugeordnet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B		ja	nein	E.
6.2	Werden Maßnahmen der externen Qualitätssicherung durchgeführt (z.B. Mitwirkung an einrichtungsübergreifenden Qualitätskonferenzen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6.3		ja	nein	t.n.z.	E.
Werden die für die ambulante Pflege relevanten Aussagen der Expertenstandards des DNQP ¹ im Rahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt oder sind konkrete Maßnahmen in dieser Hinsicht geplant?					<input type="checkbox"/>
M/B					
a.	Dekubitusprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
b.	Pflegerisches Schmerzmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
c.	Sturzprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
d.	Kontinenzförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
e.	Chronische Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

B		ja	nein	E.
6.4	Werden Maßnahmen der internen Qualitätssicherung im Bereich Pflege durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¹ Die bisher vom DNQP entwickelten Expertenstandards konkretisieren den Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und sind bis zu einem Aktualisierungsbeschluss bzw. Einführungsbeschluss eines neuen Expertenstandards nach § 113a SGB XI relevant.

6.5	Wird das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (im Sinne des PDCA-Zyklus) gehandhabt?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
M/B				
a.	Istanalyse, Zielformulierung und Maßnahmenplanung (Plan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
b.	Umsetzung (Do)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
c.	Überprüfung der Wirksamkeit (Check)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
d.	Anpassung der Maßnahmen (Act)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

MT34/B				
6.7	Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

6.8	Werden aktuelle Fachliteratur und Fachzeitschriften für die Mitarbeiter im Pflegedienst im Bereich Pflege zugänglich vorgehalten?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
B				
a.	Auswahl aktueller tätigkeitsbezogener Fachbücher, die allen Mitarbeitern zugänglich ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
b.	mindestens eine periodisch erscheinende Fachzeitschrift, die allen Mitarbeitern z.B. per Umlauf zugänglich ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

6.10	Werden Methoden zur Sicherstellung der Informationsweitergabe genutzt?	ja	nein		E. <input type="checkbox"/>
M/B					
a.	geregelt Übergabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
b.	regelmäßige Dienstbesprechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
c.	schriftlich fixierte Regelungen (z.B. Dienstanweisungen, Rundschreiben, Aushang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

6.11	Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen für Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Pflegebedürftigen?	ja	nein		E. <input type="checkbox"/>
M/T32/B					
a.	Werden die Mitarbeiter regelmäßig in erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/T31/B					
b.	Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

MT33/B					
6.12	Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden?	ja	nein		E. <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

7. Pflegedokumentationssystem

B				
7.1	Liegt ein einheitliches Pflegedokumentationssystem vor?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>
B				
7.2	Können alle relevanten Informationen mit dem angewandten Pflegedokumentationssystem erfasst werden?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
B				
a.	Stammdaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
b.	Pflegeanamnese/Informationssammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
c.	Biografie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
d.	Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten, Ziele und geplante Maßnahmen sowie die Evaluation der Ergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
e.	verordnete medizinische Behandlungspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
f.	Gabe verordneter Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
g.	Durchführungsnachweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
h.	Pflegebericht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
i.	Bewegungs- bzw. Lagerungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
j.	Trink-/Bilanzierungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
k.	Ernährungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
l.	Überleitungsbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
m.	Wunddokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
n.	Dekubitusrisiko/Dekubitusrisikoskala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

B			
o.	Fixierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B			
p.	Gewichtsverlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B			
q.	Miktionsprotokoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B			
r.	Sturzrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B			
s.	Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.3	Ist bei einer computergestützten Pflegedokumentation durch die Vergabe von Zugriffsrechten eine eindeutige Zuordnung von Eingaben in den PC zu Mitarbeitern möglich?	ja	nein	t.n.z.	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B					
a.	Zugriffsrechte für alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter eindeutig geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
b.	Eintragungen sind Mitarbeitern zugeordnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
c.	nachträgliche Eintragungen/Änderungen werden als solche gekennzeichnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

8. Hygiene

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

8.2	Sind im Pflegedienst die für die ambulante Pflege relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch-Institutes nachweislich bekannt?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
M/B				
a.	Empfehlung zur Händehygiene bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
b.	Empfehlung zur Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiierter Harnwegsinfektionen bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
c.	Empfehlung zur Prävention der nosokomialen Pneumonie bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
d.	Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8.3	Stehen den Mitarbeitern in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung?	ja	nein		E.
	B				<input type="checkbox"/>
a.	Handschuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
b.	Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
c.	Schutzkleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

M/B					
8.4	Wenn vom Pflegedienst Pflegebedürftige mit MRSA betreut werden: Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?	ja	nein	t.n.z.	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erhebungsbogen zur Prüfung beim Pflegebedürftigen (Prozess- und Ergebnisqualität)

9. Allgemeine Angaben

M/Info			
9.1	Auftragsnummer:		
	Datum	Uhrzeit	Nummer Erhebungsbogen

M/Info				
9.2	Angaben zum Pflegebedürftigen		ja	nein
a.	Name			
b.	Pflegekasse			
c.	Geburtsdatum			
d.	Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst			
e.	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes			
f.	Pflegestufe			
	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Härtefall	<input type="checkbox"/> nicht pflegebedürftig (SGB XI) <input type="checkbox"/> noch nicht eingestuft
g.	Liegt nach Angabe des Pflegedienstes eine eingeschränkte Alltagskompetenz vor?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Leistungen nach § 37 SGB V		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Ist der Pflegebedürftige mit der Feststellung des Pflegezustandes einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/Info		
9.3	Anwesende Personen	
a.	Gutachter	
b.	Mitarbeiter Pflegedienst (Funktion/Qualifikation)	
c.	sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

10. Behandlungspflege

M/T27/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.1	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.2	Wird mit dem Absaugen von Versicherten sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.3	Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T21/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.4	Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.5	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T20/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.6	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T22/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.7	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.8	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.9	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.10	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.11	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.12	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.13	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.14	Wird mit der speziellen Krankenbeobachtung sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.15	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

MT19/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.16	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.17	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T23/B	
10.18	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?

ja nein t.n.z. E.

M/B	
10.19	Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen?

ja nein t.n.z. E.

M/Info	
10.20	Hat der Pflegebedürftige chronische Schmerzen?
	Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/>

ja nein

M/B	
10.21	Erhält der Pflegebedürftige bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?

ja nein t.n.z. E.

M/T25/B	
10.22	Wird die Katheterisierung der Harnblase entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?

ja nein t.n.z. E.

M/T26/B	
10.23	Wird die Stomabelhandlung* entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?

ja nein t.n.z. E.

* Hinweis für die Transparenzdarstellung: Stomaträger sind Menschen mit künstlichem Darmausgang oder künstlicher Harnableitung.

M/B	
10.24	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?

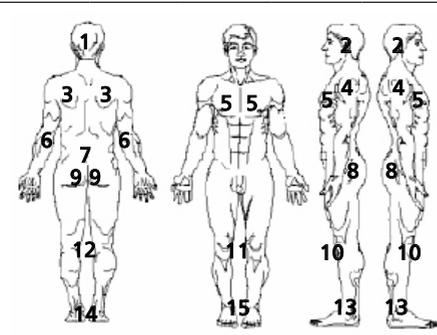
ja nein t.n.z. E.

M/B	
10.25	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?

ja nein t.n.z. E.

M/Info

10.26 Beschreibung vorliegender Wunden (Wunde 1)



Legende:

- 1 Hinterhaupt
- 2 Ohrmuschel
- 3 Schulterblatt
- 4 Schulter
- 5 Brustbein
- 6 Ellenbogen
- 7 Sacralbereich
- 8 großer Rollhügel
- 9 Gesäß

t.n.z.

- 10 Knie außen
- 11 Kniescheibe
- 12 Knie innen
- 13 Knöchel außen
- 14 Ferse
- 15 Knöchel innen

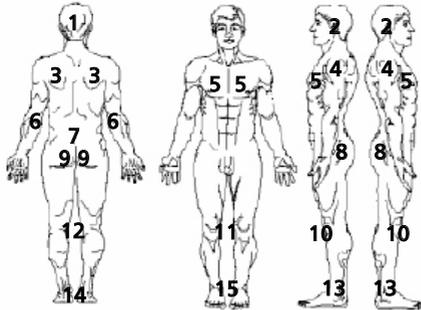
Art	Dekubitus <input type="checkbox"/>	Ulcus Cruris <input type="checkbox"/>	Diabetisches Fußsyndrom <input type="checkbox"/>	sonstige chronische Wunde <input type="checkbox"/>
-----	---------------------------------------	--	---	---

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

M/Info

10.26 Beschreibung vorliegender Wunden (Wunde 2)

t.n.z.



Legende:

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

Art	Dekubitus <input type="checkbox"/>	Ulcus Cruris <input type="checkbox"/>	Diabetisches Fußsyndrom <input type="checkbox"/>	sonstige chronische Wunde <input type="checkbox"/>
-----	---------------------------------------	--	---	---

a. Größe/Tiefe _____ cm H x _____ cm B x _____ cm T

b. Ort der Entstehung	zu Hause <input type="checkbox"/>	extern <input type="checkbox"/>	nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------------------	------------------------------------	---

c. Lokalisation Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____

d. Stadium	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Umgebung	weiß <input type="checkbox"/>	rosig <input type="checkbox"/>	gerötet <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>
f. Rand	rosig <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	hart <input type="checkbox"/>	schmerzhaft <input type="checkbox"/>
g. Exsudat	kein <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	viel <input type="checkbox"/>	klar <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Zustand	fest <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	rosa <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	gelb <input type="checkbox"/>
i. Nekrose	keine <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>
j. Geruch	kein <input type="checkbox"/>	übel riechend <input type="checkbox"/>			

M/Info	
10.27	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)
a.	Wunde 1
b.	Wunde 2
c.	Wunde 3

t.n.z.

M/B	
10.28	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus nachvollziehbar?

ja

nein

t.n.z.

E.

M/T18/B	
10.29	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?

ja

nein

t.n.z.

E.

M/B	
10.30	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?

ja

nein

t.n.z.

E.

M/B	
10.31	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?

ja

nein

t.n.z.

E.

M/T24/B	
10.32	Wird mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden sachgerecht umgegangen?

ja

nein

t.n.z.

E.

11. Mobilität

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

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

ja nein

M/T14/B			
11.3	Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?		

ja nein t.n.z. E.

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

ja nein

M/B			
11.5	Wurde bei vorliegendem Sturzrisiko eine Beratung durchgeführt?		

ja nein t.n.z. E.

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

M/B					
11.7	Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwüres beraten (z.B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

M/T11/B					
11.8	Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

M/T12/B					
11.9	Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

M/Info						
11.10	Liegt ein Kontrakturrisiko vor?				ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>
	Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/>					

M/B					
11.11	Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen bei Kontrakturgefahr über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Lagerungs- und Bewegungsplan, aktive und passive Bewegungsübungen, Einsatz geeigneter Hilfsmittel)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

M/T13/B					
11.12	Werden die individuellen Risiken hinsichtlich der Kontrakturen bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen berücksichtigt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info		
12.1	Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung	
a.	Aktuelles Gewicht	kg
b.	Aktuelle Größe	cm
c.	BMI (kg/m ²)	
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden
e.	Flüssigkeitsversorgung	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten <input type="checkbox"/> kein Speichelsee unter Zunge

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

t.n.z.



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

ja nein

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

ja nein

M/B	
12.5	Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung beraten (z.B. Angaben zur Trinkmenge, Einsatz geeigneter Hilfsmittel, Berücksichtigungen individueller Besonderheiten, Vorlieben, Abneigungen)?

ja nein t.n.z. E.

M/T5/B	
12.6	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Flüssigkeitsdefiziten?

ja nein t.n.z. E.

M/T4/B	
12.7	Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?

ja nein t.n.z. E.

M/T3/B	
12.8	Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?

ja nein t.n.z. E.

M/B	
12.9	Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Ernährung beraten (z.B. Angaben zur Nahrungsmenge, individuelle Gewichtskontrollen, Einsatz geeigneter Hilfsmittel, Berücksichtigung individueller Besonderheiten, Vorlieben, Abneigungen, Diäten, Unverträglichkeiten)?

ja nein t.n.z. E.

M/T8/B	
12.10	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Ernährungsdefiziten?

ja nein t.n.z. E.

M/T7/B	
12.11	Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?

ja nein t.n.z. E.

M/T6/B	
12.12	Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?

ja nein t.n.z. E.

M/T2/B	
12.13	Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?

ja nein t.n.z. E.

13. Ausscheidung

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

t.n.z.

M/Info	
13.2	Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?
	Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/>

ja nein

M/B	
13.3	Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z.B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)?

ja nein t.n.z. E.

M/T9/B	
13.4	Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?

ja nein t.n.z. E.

M/T10/B	
13.5	Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?

ja nein t.n.z. E.

14. Umgang mit Demenz

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

M/B					
14.2	Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

M/T15/B					
14.3	Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

M/T16/B					
14.4	Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

15. Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

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

M/T1/B					
15.3	Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	ja	nein	t.n.z.	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T28/B					
15.4	Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde?	ja	nein	t.n.z.	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

M/B	
15.6	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?

ja nein t.n.z. E.

M/T17/B	
15.7	Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen die notwendigen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?

ja nein t.n.z. E.

16. Sonstiges

Erhebungsbogen zur Zufriedenheit des Leistungsbeziehers

17. Zufriedenheit des Leistungsbeziehers

Die Fragen zur Zufriedenheit sind vom Leistungsbezieher zu beantworten.

M/Info			
17.1	Auftragsnummer:		
	Datum	Uhrzeit	Nummer Erhebungsbogen

M/Info		
17.2	Angaben zum Pflegebedürftigen	
a.	Name	
b.	Pflegekasse	
d.	Geburtsdatum	
e.	Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst	
f.	Pflegestufe <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Härtefall <input type="checkbox"/> nicht pflegebedürftig (SGB XI) <input type="checkbox"/> noch nicht eingestuft	
g.	Liegt nach Angaben des Pflegedienstes eine eingeschränkte Alltagskompetenz vor?	
h.	Ist der Pflegebedürftige mit der Befragung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)	

ja nein

M/T39/B		
17.3	Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie voraussichtlich selbst übernehmen müssen?	

ja nein

k.A.

M/T38/B		
17.4	Wurde mit Ihnen ein schriftlicher Pflegevertrag abgeschlossen?	

ja nein

k.A.

M/T40/B		
17.5	Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt?	

immer häufig geleg. nie k.A.

M/T42/B		ja	nein			k.A.
17.6	Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

M/T43/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
17.7	War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit?	<input type="checkbox"/>					

M/T45/B		ja	nein			k.A.
17.8	Geben die Mitarbeiter Ihnen Tipps und Hinweise (Informationen) zur Pflege?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>

M/T48/B		immer	häufig	geleg.	nie		k.A.
17.9	Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

M/T44/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
17.10	Werden Sie von den Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?	<input type="checkbox"/>					

M/T41/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
17.11	Fragen die Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?	<input type="checkbox"/>					

M/T47/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
17.12	Respektieren die Mitarbeiter des Pflegedienstes Ihre Privatsphäre?	<input type="checkbox"/>					

M/T49/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
17.13	Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden?	<input type="checkbox"/>					

M/T46/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
17.14	Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven geändert?	<input type="checkbox"/>					

MDK-Anleitung

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

vom 10. November 2009¹

¹ Beschlossen durch den MDS-Vorstand am 25.11.2009.

Gliederung

1 Beratungsorientierter Prüfansatz	59
2 Verfahrensablauf	59
2.1 Allgemeine Angaben	59
2.2 Prüfungsumfang	61
2.3 Prüfbericht	61
Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der ambulanten Pflege	65
Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung im Pflegedienst (Struktur- und Prozessqualität)	66
1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst	66
2. Allgemeine Angaben	74
3. Aufbauorganisation Personal	77
4. Ablauforganisation	82
5. Konzeptionelle Grundlagen	86
6. Qualitätsmanagement	89
7. Pflegedokumentationssystem	99
8. Hygiene	102
Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Pflegebedürftigen (Prozess- und Ergebnisqualität)	107
9. Allgemeine Angaben	107
10. Behandlungspflege	109
11. Mobilität	138
12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung	148
13. Ausscheidung	156
14. Umgang mit Demenz	161
15. Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität	165
16. Sonstiges	172
Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Zufriedenheit des Leistungsbeziehers	173
17. Zufriedenheit des Leistungsbeziehers	173

1 Beratungsorientierter Prüfansatz

Qualität und Qualitätssicherung haben im SGB XI einen hohen Stellenwert. Die zugelassenen Pflegeeinrichtungen sind für die Qualität der Leistungen ihrer Einrichtung einschließlich der Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität verantwortlich (§ 112 Abs. 1 SGB XI).

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

Unter Berücksichtigung dieser Prioritätensetzung führen die MDK nach einem beratungsorientierten Qualitätsentwicklungsverständnis eine externe Qualitätsprüfung durch und initiieren die gegebenenfalls notwendigen Impulse zur Qualitätsverbesserung. Der für die MDK-Anleitung gewählte beratungsorientierte Prüfansatz 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 von Maßnahmen 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 während der Prüfung sein Aufgabenverständnis und seine Vorgehensweise. Eine solche Transparenz des Verfahrens fördert die notwendige Offenheit der Diskussion zwischen Pflegeeinrichtung und MDK-Gutachterteam.

Der beratungsorientierte Prüfansatz der MDK-Anleitung ermöglicht schon während der Qualitätsprüfung bei festgestellten Qualitätsdefiziten das Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten durch das MDK-Gutachterteam (Impulsberatung). 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.

2 Verfahrensablauf

2.1 Allgemeine Angaben

Die Prüfungen werden gemäß § 114a Abs. 1 SGB XI grundsätzlich unangemeldet durchgeführt.

Zur Durchführung der Qualitätsprüfungen ist dem MDK Zugang zu den Pflegeeinrichtungen zu gewähren. Die Pflegeeinrichtung hat dem Prüfer auf Verlangen die für die Qualitätsprüfung notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Soweit erforderlich sind Kopien anzufertigen.

In einem Einführungsgespräch vermittelt das Prüftteam des MDK sein Aufgabenverständnis, seine Vorgehensweise und den erforderlichen Zeitaufwand für die Prüfung.

Die Prüfungen beinhalten auch Inaugenscheinnahmen des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands von Pflegebedürftigen (§ 114a Abs. 3 SGB XI). Die Teilnahme an Inaugenscheinnahmen und Befragungen ist freiwillig. Durch die Ablehnung dürfen keine Nachteile

entstehen. Inaugenscheinnahmen von Pflegebedürftigen und deren Befragung sowie die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten von Pflegebedürftigen zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts bedürfen der Einwilligung der betroffenen Pflegebedürftigen (ggf. durch Betreuer oder Bevollmächtigten). Die Pflegebedürftigen sind hierüber zu informieren und es ist darauf hinzuweisen, dass die Verarbeitung der erhobenen Daten und Informationen unter Berücksichtigung der Vorschriften des Datenschutzes erfolgt. Der Schutz der Intimsphäre ist unbedingt zu beachten.

Die Anzahl und die Verteilung der per Zufallsverfahren in die Prüfung einzubeziehenden Pflegebedürftigen ergeben sich aus Ziffer 6 Absätze 8 bis 10 der Qualitätsprüfungs-Richtlinien (QPR). Ergänzend und konkretisierend dazu sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

Laut Ziffer 6 Absatz 8 der QPR ist der Sachleistungsbezug Voraussetzung für die Einbeziehung der Pflegebedürftigen in die Zufallsstichprobe. Gemeint sind damit Personen, die Leistungen der Grundpflege nach § 36 SGB XI erhalten, weil nur bei diesen eine Qualitätsbewertung pflegerischer Leistungen möglich ist.

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

Zur Gewährleistung einer Zufallsstichprobe soll die Pflegeeinrichtung eine nach Pflegestufen sortierte Liste der Sachleistungsbezieher vorlegen, innerhalb der Pflegestufe sind die Sachleistungsbezieher in alphabetischer Reihenfolge zu listen. Aus dieser Liste wird wie folgt ausgewählt:

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

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

Kann die erforderliche Mindestzahl bzw. -quote von Pflegebedürftigen nicht erreicht werden, z.B. weil weniger Sachleistungsbezieher ihr Einverständnis zur Einbeziehung in die Stichprobe erteilen, so hat der MDK im Rahmen der verbleibenden Möglichkeiten die Qualitätsprüfung trotzdem durchzuführen und die Ergebnisse im Prüfbericht auszuweisen. Das Nichterreichen der Mindestzahl/-quote ist im Prüfbericht zu begründen.

Wenn aufgrund einer Demenzerkrankung oder einer anderen gerontopsychiatrischen Beeinträchtigung in die Prüfung einbezogene Pflegebedürftige nicht zur Zufriedenheit befragt werden können, so sind nach Ziffer 6 Absatz 10 der QPR andere Pflegebedürftige mit der gleichen Pflegestufe nach dem Zufallsprinzip für die Befragung auszuwählen. Diese Pflegebedürftigen können auch per Telefon zu ihrer Zufriedenheit befragt werden. Bei Anlassprüfungen ist abzuwägen, ob eine telefonische Befragung ausreichend ist.

Bei konkreten und begründeten Anhaltspunkten (z.B. Beschwerden oder Hinweisen) für eine nicht fachgerechte Pflege von Pflegebedürftigen, die nicht von der Zufallsstichprobe erfasst werden, erfolgt die Prüfung insgesamt als Anlassprüfung. In diesen Fällen ist die Stichprobe um die betroffenen Pflegebedürftigen zu erweitern, bei denen diese Anhaltspunkte vorliegen (vgl. Ziffer 6 Absatz 9 der QPR).

Das Prüfteam berät die Pflegeeinrichtung in einem pflegefachlichen Abschlussgespräch in Fragen der Qualitätssicherung entsprechend Ziffer 6 Absatz 11 der QPR. Dabei wird die Pflegeeinrichtung über vorläufige Ergebnisse der Prüfung informiert.

2.2 Prüfungsumfang

Der Prüfungsumfang ergibt sich aus Ziffer 6 der QPR.

Bei der Regelprüfung und der Anlassprüfung sind unter besonderer Berücksichtigung der Ergebnisqualität mindestens die in Anlage 1 bzw. 2 zu den QPR definierten Mindestangaben zu prüfen. Darüber hinausgehende Prüfinhalte aus den Anlagen 1 bzw. 2 können in die Prüfung einbezogen werden, wenn sich dies aus dem Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen ergibt oder wenn sich dies während der Prüfung als notwendig herausstellt.

Wiederholungsprüfungen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen oder auf Antrag der Pflegeeinrichtung beziehen sich auf die Beseitigung festgestellter Qualitätsmängel. Der Prüfungsumfang der Wiederholungsprüfung ergibt sich aus Ziffer 6 Absätze 2 und 3 der QPR.

2.3 Prüfbericht

Die Erstellung des Prüfberichts erfolgt auf der Grundlage der QPR und auf der Basis der Erhebungsbogen zur Prüfung in der Einrichtung, zur Prüfung beim Pflegebedürftigen und zur Befragung der Pflegebedürftigen. Es wird empfohlen, den Prüfbericht EDV-gestützt zu erstellen. Die Darstellung der Prüfergebnisse im Prüfbericht erfolgt in deskriptiver Form. Eine Bewertungssystematik ist nicht hinterlegt. Der Transparenzbericht nach § 115 Abs. 1a SGB XI ist nicht Gegenstand des Prüfberichts.

Der Prüfbericht gliedert sich in folgende Abschnitte:

- Prüfmaßstab
 1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung
 2. Zusammenfassende Beurteilung
 3. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten
- Anlagen zum Prüfbericht
 - Erhebungsbogen Einrichtung
 - Erhebungsbögen Pflegebedürftige
 - Zusammenfassende Darstellung zur Befragung der Pflegebedürftigen

Im Prüfbericht sind die im Folgenden dargestellten Anforderungen zu beachten:

Prüfmaßstab

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

1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

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

Position 1-6	erster Tag der Prüfung	= TTMMJJ
Position 7	stationär	= S
	ambulant	= A
	Tagespflege	= T
	Nachtpflege	= N
	Kurzzeitpflege	= K
Position 8-10	laufende Nummer der Prüfung im jeweiligen MDK/SMD	
Position 11-12	MDK Baden-Württemberg	= 18
	MDK Bayern	= 19
	MDK Berlin-Brandenburg	= 01
	MDK im Lande Bremen	= 03
	MDK Nord (Hamburg)	= 02
	MDK Hessen	= 15
	MDK Mecklenburg-Vorpommern	= 21
	MDK Niedersachsen	= 12
	MDK Nordrhein	= 14
	MDK Rheinland-Pfalz	= 16
	MDK Saarland	= 17
	MDK Sachsen	= 25
	MDK Sachsen-Anhalt	= 23
	MDK Nord (Schleswig-Holstein)	= 11
	MDK Thüringen	= 24
	MDK Westfalen-Lippe	= 13
	SMD Knappschaft	= 31
Beispiel: 300709A00524 (Prüfung am 30.07.09, ambulante Einrichtung, laufende Nr. 5, MDK Thüringen)		

Die Angaben zu den Fragen 1.2 bis 1.9 werden automatisiert in den Bericht übernommen.

2. Zusammenfassende Beurteilung

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

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

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

3. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

Zu bestehenden Defiziten werden konkrete Maßnahmen zur Beseitigung empfohlen. Diese sind mit differenzierten Fristvorschlägen zu hinterlegen und zu priorisieren. Bei der Priorisierung ist der Gefährdungsgrad der Pflegebedürftigen zu berücksichtigen.

Anlagen zum Prüfbericht

Erhebungsbogen Einrichtung:

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

Nicht erfüllte Fragen sind mit dem Ziel einer besseren Nachvollziehbarkeit im Freitext zu erläutern. Die Freitextpassagen aus dem Erhebungsbogen werden in den Prüfbericht übernommen und ggf. zur Konkretisierung ergänzt oder modifiziert. Fragen, die für die Pflegeeinrichtung nicht zutreffen oder die bei der Prüfung nicht relevant sind, werden nicht in den Prüfbericht übernommen.

Antwortmöglichkeiten:

Bei dichotomen Fragen:

- ja Die Anforderungen wurden vollständig erfüllt.
- nein Die Anforderungen wurden nicht erfüllt.

Bei Fragen mit mehreren Kriterien:

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

Beispiel:

Frage 6.5: Wird das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (im Sinne des PDCA-Zyklus) gehandhabt?

Die Anforderung wurde mit 2 von 4 Kriterien erfüllt.

Nicht erfüllt sind die Kriterien:

- c. Überprüfung der Wirksamkeit (Check)
- d. Anpassung der Maßnahmen (Act)

Erhebungsbogen zur Prüfung beim Pflegebedürftigen

Hier werden die Erhebungsbogen für jeden Inaugenschein genommenen Pflegebedürftigen aufgenommen.

In **Kapitel 9** werden die allgemeinen Daten für den jeweils Inaugenschein genommenen Pflegebedürftigen in anonymisierter Form dargestellt.

Anschließend werden die Ergebnisse der Fragen der **Kapitel 10 bis 15** des Erhebungsbogens zur Prüfung des jeweils Inaugenschein genommenen Pflegebedürftigen dargestellt.

In den **Kapiteln 10 bis 15** wird das Ergebnis der Prüfung zu jeder Frage für jeden Pflegebedürftigen automatisch in den Prüfbericht übernommen. Nicht erfüllte Fragen sind mit dem Ziel einer besseren Nachvollziehbarkeit im Freitext zu erläutern. Die Freitextpassagen aus dem Erhebungsbogen werden in den Prüfbericht übernommen und ggf. zur Konkretisierung ergänzt oder modifiziert. Fragen, die für den Pflegebedürftigen nicht zutreffen, werden nicht in den Prüfbericht übernommen.

Antwortmöglichkeiten je Pflegebedürftigen:

- ja
- nein

Kapitel 16 (Sonstiges) ist ein reines Freitextfeld.

In **Kapitel 17** wird eine Befragung der Inaugenschein genommenen und erforderlichenfalls weiterer Pflegebedürftiger zu ihrer Zufriedenheit mit den Leistungen der Pflegeeinrichtung durchgeführt. Die Ergebnisse der Befragung werden zusammenfassend im Prüfbericht dargestellt.

Antwortmöglichkeiten je Frage:

- immer/ja
- häufig
- gelegentlich
- nie/nein
- keine Angaben

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

Allgemeine Hinweise

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

Soweit sich Sachverhalte für den Prüfbericht nicht eindeutig aus den Ankreuzoptionen der Kriterien ableiten lassen, sind diese im Freitext kurz zu beschreiben. Sind Kriterien durch alternative fachlich gleichwertige Lösungen erfüllt, sind diese Kriterien ebenfalls mit „ja“ zu beantworten und im Freitext zu erläutern.

Festgestellte Qualitätsdefizite sind im Freitext zu konkretisieren.

Die Anleitungstexte zu den Prüfkriterien sind in drei Bereiche unterteilt:

- Ausfüllanleitung
Hierbei handelt es sich um die exakte Wiedergabe der Ausfüllanleitungen aus den Transparenzvereinbarungen.
- Erläuterungen zu Prüffragen
Hierbei handelt es sich um handlungsleitende Hilfestellungen. Bei Transparenzkriterien ergänzen diese die Ausfüllanleitung.
- Fachlicher Hintergrund
Hierbei handelt es sich um Hintergrundinformationen auf der Basis aktueller Literatur. Die Hintergrundinformationen erweitern den Umfang der Prüffragen nicht.

Legende zum Erhebungsbogen

Allgemein	Zufriedenheit des Leistungsbeziehers
<ul style="list-style-type: none">• ja• nein• t.n.z. = trifft nicht zu• k.A. = keine Angabe• E = Empfehlung• n.e. = nicht erforderlich• M = Mindestangaben• Info = Informationsfrage• Txx = Transparenzkriterium• B = sonstige Bewertungsfrage	<ul style="list-style-type: none">• immer• häufig• geleg. = gelegentlich• nie

Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung im Pflegedienst (Struktur- und Prozessqualität)

1. Angaben zur Prüfung und zum Pflegedienst

M/Info	
1.1	Auftragsnummer:

Erläuterung zur Prüffrage 1.1:

Hier ist eine Auftragsnummer zu vergeben. Sie dient der Identifikation des Prüfberichtes auch im Hinblick auf die Berichtspflicht nach § 114a Abs. 6 SGB XI. Zur Gestaltung der Auftragsnummer siehe 2.3 Prüfbericht.

M/Info	
1.2	Daten zum Pflegedienst
a.	Name
b.	Straße
c.	PLZ/Ort
d.	Institutionskennzeichen (IK)
	1.
	2.
	3.
	4.
e.	Telefon
f.	Fax
g.	E-Mail
h.	Internet-Adresse
i.	Träger/Inhaber
j.	Trägerart
	<input type="checkbox"/> privat
	<input type="checkbox"/> freigemeinnützig
	<input type="checkbox"/> öffentlich
	<input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln
k.	ggf. Verband
l.	Datum Abschluss Versorgungsvertrag
m.	Datum Inbetriebnahme des Pflegedienstes
n.	Verantw. PFK Name
o.	Stellv. verantw. PFK Name
p.	ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen

q.	Zertifizierung	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor
----	----------------	--

Erläuterung zur Prüffrage 1.2:

Trägerart

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

Datum der Inbetriebnahme der Einrichtung

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

Das Institutionskennzeichen ist von der Einrichtung zu erfragen. Es muss mindestens ein Institutionskennzeichen enthalten sein (Pflichtfeld). Es kann sein, dass weitere Institutionskennzeichen vergeben worden sind (optional, wenn vorhanden).

Zertifizierung

Nach Möglichkeit sollte das Zertifizierungsunternehmen im Freitext benannt werden.

M/Info			
1.3	Daten zur Prüfung		
a.	Auftraggeber/zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> IKK	<input type="checkbox"/> KBS <input type="checkbox"/> LKK <input type="checkbox"/> vdek
b.	Datum		
		von TT.MM.JJ	bis TT.MM.JJ
c.	Uhrzeit		
	1. Tag	von	bis
	2. Tag	von	bis
	3. Tag	von	bis
d.	Gesprächspartner des Pflegedienstes		
e.	Prüfende(r) Gutachter		
f.	An der Prüfung Beteiligte	Namen	
	<input type="checkbox"/> Pflegekasse		
	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger		
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt		
	<input type="checkbox"/> Trägerverband		
	<input type="checkbox"/> Sonstige: welche?		
g.	Ansprechpartner des MDK	Name	
		E-Mail-Adresse	

Erläuterung zur Prüffrage 1.3:

Die Frage dient dem Nachweis von Prüfdatum und -zeiten sowie der Angabe von Gesprächspartnern der Pflegeeinrichtung, Prüfern des MDK und weiteren an der Prüfung beteiligten Personen. „An der Prüfung Beteiligte“ ist anzukreuzen, wenn die genannten Institutionen ganz oder teilweise beteiligt sind. Die Informationen zu Frage 1.3 g werden nicht in den Prüfbericht übernommen.

M/Info									
1.4	Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI								
a.	<input type="checkbox"/> Regelprüfung								
b.	<input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Beschwerde Pflegebedürftiger, Angehörige o. ä.) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise)								
c.	<input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung auf Antrag der Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> nach Regelprüfung <input type="checkbox"/> nach Anlassprüfung								
d.	<input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung								
e.	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 80%;">Datum der letzten Prüfung durch den MDK</td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="text-align: center;">TT.MM.JJ</td> </tr> </table>	Datum der letzten Prüfung durch den MDK			TT.MM.JJ				
Datum der letzten Prüfung durch den MDK									
	TT.MM.JJ								
f.	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 80%;"> Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> keine Angaben <input type="checkbox"/> Prüfung nach anerkanntem Prüfverfahren </td> <td style="width: 20%; text-align: center;">MM.TT</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> keine Angaben <input type="checkbox"/> Prüfung nach anerkanntem Prüfverfahren	MM.TT						
Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/> keine Angaben <input type="checkbox"/> Prüfung nach anerkanntem Prüfverfahren	MM.TT								

Erläuterung zur Prüffrage 1.4: Keine.

M/Info						
1.5	Vom Pflegedienst zur Prüfung vorgelegte Unterlagen?	ggf. Datum	liegt vor	liegt nicht vor	t.n.z.	n. e.
	Aufstellung über die Anzahl aller versorgten Personen (SGB XI, SGB V, Selbstzahler, Sonstige) sowie Pflegestufendifferenzierung der Leistungsempfänger nach SGB XI mit Datum		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Aufstellung über die Anzahl der Pflegebedürftigen mit: <ul style="list-style-type: none"> • Wachkoma • Beatmungspflicht • Dekubitus • Blasenkatheter • PEG-Sonde • Fixierung • Kontraktur • vollständiger Immobilität • Tracheostoma • MRSA • Diabetes mellitus 		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Versorgungsvertrag des Pflegedienstes/Struktur-erhebungsbogen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Blanko-Pflegevertrag		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Ausbildungsnachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Weiterbildungsnachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Ausbildungsnachweis der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Pflegebezogene Ausbildungsnachweise der pflegerischen Mitarbeiter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Aufstellung aller in der Pflege tätigen Mitarbeiter mit Name, Berufsausbildung und Beschäftigungsumfang		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	aktuelle Handzeichenliste		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Liste der vom Pflegedienst vorgehaltenen Pflegehilfsmittel/Hilfsmittel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Dienstpläne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Touren-/Einsatzpläne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Organigramm		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Pflegeleitbild		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Pflegekonzept		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Pflegedokumentationssystem		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Stellenbeschreibungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Nachweise über Pflegevisiten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nachweise über Fallbesprechungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Nachweise über Informationsweitergabe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Nachweise über Dienstbesprechungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

M/Info			liegt vor	liegt nicht vor	t.n.z.	n. e.
			ggf. Datum			
	Fortbildungsplan		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Nachweise interne Fortbildung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Nachweise externe Fortbildung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Nachweise zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Nachweise externes Qualitätsmanagement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Leitlinien/Richtlinien/Standards		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Hygienestandard/-plan/-konzept		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Konzept zum Beschwerdemanagement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
	Regelungen zum Umgang mit personenbezogenen Notfällen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 1.5:

Diese Liste wird der Pflegeeinrichtung zu Beginn der Prüfung als Checkliste zur Vorbereitung der notwendigen Unterlagen übergeben. Sie soll durch die Pflegeeinrichtung ausgefüllt werden. „t.n.z.“ ist anzukreuzen, wenn die Unterlagen aufgrund der spezifischen Situation der Pflegeeinrichtung nicht zutreffen. „n.e.“ ist anzukreuzen, wenn die Unterlagen für die Prüfung nicht benötigt werden. Die Notwendigkeit der vorzulegenden Unterlagen ist abhängig vom Prüfauftrag. Die erforderlichen Unterlagen werden im Rahmen der weiteren Prüfung vom Prüfer eingesehen.

M/Info					
1.6	Versorgungssituation				
		davon Leistungsempfänger nach:			
		Ausschließlich SGB XI	Ausschließlich SGB V	SGB XI und SGB V	Sonstige
	Gesamt				
Versorgte Personen					
davon ggf. nach Schwerpunkt Versorgte					

Erläuterung zur Prüffrage 1.6:

In der Spalte „Gesamt“ sind alle vom Pflegedienst versorgten Pflegebedürftigen, unabhängig vom Kostenträger (SGB XI, SGB V, Sonstige), zu erfassen.

Als Leistungsempfänger SGB XI gelten nur Sachleistungsbezieher nach § 36 SGB XI.

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

M/Info		
1.7	Nach Angabe des Pflegedienstes Anzahl Pflegebedürftige mit:	
a.	Wachkoma	
b.	Beatmungspflicht	
c.	Dekubitus	
d.	Blasenkatheter	
e.	PEG-Sonden	
f.	Fixierung	
g.	Kontraktur	
h.	vollständiger Immobilität	
i.	Tracheostoma	
j.	MRSA	
k.	Diabetes mellitus	

Erläuterung zur Prüffrage 1.7:

Die Tabelle gibt Hinweise über die Anzahl versorgter Pflegebedürftiger mit besonderen Pflegesituationen.

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

ja nein

Erläuterung zur Prüffrage 1.8:

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

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

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

M/Info			
1.9	Werden Leistungen ganz oder teilweise durch andere Anbieter erbracht?	ja	nein
	Wenn ja, welche?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	<input type="checkbox"/> Grundpflege		
b.	<input type="checkbox"/> Behandlungspflege		
c.	<input type="checkbox"/> hauswirtschaftliche Versorgung		
d.	<input type="checkbox"/> Rufbereitschaft		
e.	<input type="checkbox"/> Nachtdienst		

Erläuterung zur Prüffrage 1.9:

Zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrages können zugelassene Pflegeeinrichtungen mit anderen Leistungserbringern kooperieren. Bei pflegerischen Leistungen darf nur mit zugelassenen Leistungserbringern (§ 72 SGB XI) kooperiert werden. Soweit eine Pflegeeinrichtung Leistungen Dritter in Anspruch nimmt, bleibt die Verantwortung für die Leistungen und die Qualität bei der auftraggebenden Pflegeeinrichtung bestehen. Mit der Frage soll erfasst werden, ob die genannten Leistungsbereiche ganz oder teilweise durch externe Leistungserbringer (Outsourcing) erbracht werden. Die Kooperationspartner sind im Freitext zu benennen. Die teilweise Einbeziehung von z.B. Ernährungs- oder Wundberatern ist hier nicht zu erfassen.

2. Allgemeine Angaben

2.1	Räumliche Ausstattung:	ja	nein	t.n.z.	E. <input type="checkbox"/>
B					
a.	Geschäftsräume vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
b.	Räumlichkeiten und Ausstattung bieten Möglichkeit zur Teambesprechung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
c.	Wohnungsschlüssel der Pflegebedürftigen werden für Unbefugte unzugänglich (z.B. Schlüsselkasten) aufbewahrt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B					
d.	Zuordnung der Wohnungsschlüssel der Pflegebedürftigen für Unbefugte nicht möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 2.1: Keine.

M/T30/B					
2.2	Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		E. <input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 2.2:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn die Kundendaten vor dem Zugriff unbefugter Personen geschützt werden (z.B. durch Aufbewahrung von Kundenakten in abschließbaren Schränken, bei elektronischen Akten durch die Vergabe von Passwörtern für die zugriffsberechtigten Mitarbeiter) und die Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes schriftlich zur Verschwiegenheit verpflichtet wurden.

Erläuterung zur Prüffrage 2.2: Keine.

M/T29/B					
2.3	Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>		E. <input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 2.3:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der ambulante Pflegedienst nachweisen kann, dass er regelmäßig Kostenvoranschläge vor Abschluss eines Pflegevertrages erstellt. Als Nachweis dienen Kostenvoranschlagsmuster, Pflegevertragsmuster sofern die Kostenvoranschläge Bestandteil des Vertragsangebotes umfassen oder andere geeignete Nachweise, wie z.B. Verfahrensanweisungen, die belegen, dass der ambulante Pflegedienst vor Vertragsabschluss den pflegebedürftigen Menschen über seine voraussichtlichen Selbstkosten aufklärt. Entscheidend für den Kostenvoranschlag ist nicht der Leistungsbeginn, sondern der Vertragsabschluss.

Erläuterung zur Prüffrage 2.3: Keine.

B	
2.4	Werden Pflegeverträge mit den Pflegebedürftigen abgeschlossen?

ja nein

E.

Erläuterung zur Prüffrage 2.4:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn

- nach Aussage des Pflegedienstes Pflegeverträge mit den Pflegebedürftigen abgeschlossen werden und
- ein Mustervertrag vorgelegt werden kann und
- anhand eines konkreten Beispiels der Abschluss eines den Anforderungen nach § 120 SGB XI genügenden Pflegevertrages nachgewiesen wird.

Fachlicher Hintergrund:

Die Verpflichtung zum Abschluss eines Pflegevertrages ergibt sich aus § 120 SGB XI. Gemäß § 120 Abs. 3 SGB XI sind in dem Pflegevertrag wenigstens Art, Inhalt und Umfang der Leistungen einschließlich der dafür mit den Kostenträgern nach § 89 SGB XI vereinbarten Vergütungen für jede Leistung oder jeden Leistungskomplex gesondert zu beschreiben.

B	
2.5	Gibt es verbindliche Verfahrensweisen für den Erstbesuch beim Pflegebedürftigen?

ja nein

E.

Erläuterung zur Prüffrage 2.5:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn im Pflegedienst eine Regelung zur Durchführung des Erstbesuchs getroffen wurde, in der die wesentlichen Anforderungen des SGB XI berücksichtigt werden. Dabei sind landesrechtliche Regelungen zu beachten.

Fachlicher Hintergrund:

Über die inhaltliche Ausgestaltung, Zuständigkeit und Organisation des Erstbesuches ist eine verbindliche Regelung durch den Pflegedienst sinnvoll.

Bei der Durchführung des Erstgesprächs sollten relevante Informationen aus verschiedenen Quellen (Auskünfte des Pflegebedürftigen, der Angehörigen, von Unterlagen zu stationären Aufenthalten etc.) berücksichtigt werden.

Insbesondere hat der Pflegedienst auf der Grundlage aller zur Verfügung stehenden Informationen festzustellen, welche Leistungen durch den Pflegebedürftigen, Angehörige, den Pflegedienst oder andere Pflegepersonen durchgeführt werden können. Dabei hat der Pflegedienst über das Leistungs- und Vergütungssystem und bei der Auswahl geeigneter Leistungen zu beraten. Insbesondere ist im Rahmen der Beratung auch auf erforderliche Leistungen hinzuweisen. Über die vereinbarten Leistungen ist ein Pflegevertrag abzuschließen. Der Pflegedienst hat in diesem Zusammenhang darauf hinzuweisen, dass Kosten oberhalb der jeweiligen Sachleistung der Pflegekasse vom Pflegebedürftigen selbst zu tragen sind.

B	
2.6	Werden Pflegeeinsätze nach § 37 SGB XI durch Pflegefachkräfte sichergestellt?

ja nein

E.

Erläuterung zur Prüffrage 2.6:

Diese Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn

- laut Einsatz- oder Tourenplan erfahrene Pflegefachkräfte mit spezifischen Kenntnissen zu den Krankheits- und Behinderungsbildern und besonderer Beratungskompetenz die Pflegeeinsätze nach § 37 Abs. 3 SGB XI durchführen sowie
- die Durchführung dokumentieren.

Fachlicher Hintergrund:

Die Qualitätsempfehlungen nach § 37 Abs. 5 SGB XI vom 21.11.2003 sind fachlich konsentiert und definieren die Anforderungen aus der Sicht der Spitzenverbände der Pflegekassen hinsichtlich der Durchführung von Beratungsbesuchen gemäß § 37 Abs. 3 SGB XI. Somit entsprechen die Empfehlungen einem Bewertungsmaßstab.

Pflegeeinsätze dienen der Einschätzung der Pflegesituation und der Beratung des Pflegebedürftigen in seiner eigenen Häuslichkeit und seiner Pflegeperson(en).

Die Einschätzung des Pflegebedürftigen und seiner Pflegepersonen bezüglich der Pflegesituation, die Feststellung von Gegebenheiten (z.B. Belastung der Pflegeperson, häusliches Umfeld, Hinweise auf Verwahrlosung, in Anspruch genommene Hilfen) sowie u.U. die Beurteilung des Pflegezustandes aufgrund einer körperlichen Inaugenscheinnahme sind Inhalt der Pflegeeinsätze. Im Anschluss an die Erhebung erfolgt die Beratung zur Verbesserung der Pflegesituation.

Literatur zu Kapitel 2:

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996.

3. Aufbauorganisation Personal

3.1 Sind Verantwortungsbereiche und Aufgaben für die in der Pflege und hauswirtschaftlichen Versorgung beschäftigten Mitarbeiter verbindlich geregelt?		ja	nein	t.n.z.	E. <input type="checkbox"/>
B					
a.	Organisationsstruktur z.B. in Form eines Organigramms geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/T35/B					
b.	Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die leitende Pflegefachkraft geregelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
c.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Pflegefachkräfte z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
d.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Krankenpflegehelfer z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B					
e.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für Altenpflegehelfer z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Aus-, Fort-, Weiterbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B					
f.	Verantwortungsbereiche/Aufgaben für angelernte Kräfte in der Pflege z.B. in Stellenbeschreibungen geregelt und Regelung entspricht der Qualifikation (Fortbildung, Anleitung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T36/B					
g.	Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die Mitarbeiter in der Hauswirtschaft geregelt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 3.1a: Keine.

Ausfüllanleitung zu 3.1b:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn eine Stellenbeschreibung oder eine vergleichbare Regelung für die leitende Pflegefachkraft mit der Festlegung der Verantwortungsbereiche entsprechend der Vereinbarung zu § 80 SGB XI vom 31.05.1996 Ziffer 3.1.1.2, bzw. in der jeweils gültigen Vereinbarung nach § 113 SGB XI vorliegt.

Erläuterung zur Prüffrage 3.1b: Keine.

Erläuterung zur Prüffrage 3.1c: Keine.

Ausfüllanleitung zu 3.1g:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn in einer Stellenbeschreibung oder vergleichbaren Regelung die Aufgaben und Verantwortungsbereiche, hier insbesondere im Verhältnis zu den Pflegefachkräften, der in der Hauswirtschaft eingesetzten Mitarbeiter geregelt sind.

Erläuterung zur Prüffrage 3.1g:

„t.n.z.“ ist anzukreuzen, wenn keine hauswirtschaftlichen Leistungen durch den Pflegedienst erbracht werden.

Erläuterung zu den Prüffragen 3.1d-f:

„t.n.z.“ ist anzukreuzen, wenn keine Krankenpflegehelfer, Altenpflegehelfer oder angeleiteten Kräfte vom Pflegedienst beschäftigt werden.

Fachlicher Hintergrund:

Unter Organigramm wird die graphische Darstellung des Hierarchieaufbaus einer Organisation mit der Gliederung nach Unterstellungsverhältnissen und Dienstwegen verstanden. Aus dem Organigramm sollte die Weisungsbefugnis der Mitarbeiter deutlich werden.

Verantwortungsbereiche und Aufgaben können u.a. in Stellenbeschreibungen geregelt werden.

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.

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

Erläuterung zur Prüffrage 3.2: Keine.

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

Erläuterung zur Prüffrage 3.3:

Bei Abschluss des Versorgungsvertrages haben die Landesverbände der Pflegekassen die Anforderungen an die verantwortliche Pflegefachkraft zu überprüfen. Ist die aktuell tätige

verantwortliche Pflegefachkraft von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt, sind die Kriterien mit „ja“ zu beantworten. Eine weitere Überprüfung durch den MDK entfällt. Hat zwischenzeitlich ein Wechsel der verantwortlichen Pflegefachkraft stattgefunden, erhebt der MDK, ob die in den Spiegelstrichen genannten Kriterien vorliegen und leitet die Daten an die Landesverbände der Pflegekassen weiter.

Fachlicher Hintergrund:

Nach § 71 Abs. 3 SGB XI hat die verantwortliche Pflegefachkraft eine Weiterbildungsmaßnahme für leitende Funktionen mit einer Mindeststundenzahl, die 460 Stunden nicht unterschreiten soll, erfolgreich zu absolvieren.

Info	
3.4	Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in diesem Pflegedienst?
	Stunden

Erläuterung zur Prüffrage 3.4:

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

Info	
3.5	Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig?
	Mit welchem Stundenumfang?

ja

nein

E.

Erläuterung zur Prüffrage 3.5:

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

Info	
3.6	Ist die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft zum Zeitpunkt der Prüfung den Landesverbänden der Pflegekassen bekannt?

ja

nein

E.

Erläuterung zur Prüffrage 3.6: Keine.

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

Erläuterung zur Prüffrage 3.7:

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

Info						
3.8	Zusammensetzung Personal					
Geeignete Kräfte:	Vollzeit Stunden/ Woche	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Gesamtstellen in Vollzeit
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang	
Pflege						
Verantwortliche Pflegefachkraft						
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft						
Altenpfleger/in						
(Gesundheits- und) Krankenpfleger/in						
(Gesundheits- und) Kinderkrankenpfleger/in						
Heilerziehungspfleger/in						
Krankenpflegehelfer/in						
Altenpflegehelfer/in						
angelernete Kräfte						
Auszubildende						
Zivildienstleistende						
Freiwilliges soz. Jahr						
Sonstige						
hauswirtschaftliche Versorgung						
hauswirtschaftliche Mitarbeiter						

Erläuterung zur Prüffrage 3.8:

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

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

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

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

Literatur zu Kapitel 3:

Sowinski C, Kämmer K (1995): Aufbau- und Ablauforganisation. Büse F, Eschemann R, Kämmer K et al. (Hrsg.): Heim aktuell. Leitungshandbuch für Altenhilfeeinrichtungen. Hannover.

4. Ablauforganisation

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

Erläuterung zur Prüffrage 4.1: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Eine nachvollziehbare schriftlich festgelegte Zuordnung von Pflegebedürftigen zu bestimmten Pflegeemitarbeitern ist Ausgangspunkt für die Bezugspflege. Pflegefachkräfte sind für die Steuerung des Pflegeprozesses verantwortlich, sie leiten die Pflegekräfte an und stellen sicher, dass diese nach der Pflegeplanung arbeiten. Im Rahmen der personellen Möglichkeiten werden die Pflegebedürftigen von ihnen zugeordneten pflegerischen Bezugspersonen kontinuierlich und individuell betreut.

Pflegefachkräfte, welche die Verantwortung für den Pflegeprozess tragen, sind zuständig für alle Belange des Pflegebedürftigen. Sie erleben die Konsequenzen ihres Denkens und Handelns. Durch Festlegung von Verantwortung entsteht bei den Pflegenden ein stärkeres Interesse die Pflegedokumentation so zu führen, dass auch andere Pflegenden die begonnene Pflege problemlos weiterführen können.

Bei der Festlegung der Aufgaben ist zu beachten, dass für die Steuerung des Pflegeprozesses Pflegefachkräfte verantwortlich sind. Zu den Aufgaben dieser Pflegefachkräfte gehören u.a. die Pflegeanamnese/Isterhebung, die Pflegeplanung, die Anleitung der Pflegehilfskräfte, die Einbeziehung der anderen an der Pflege und Betreuung Beteiligten und die Evaluation der Pflege.

Kontinuität in der Pflege trägt zur Sicherheit der Pflegebedürftigen bei. Sie ist die Voraussetzung, dass der Pflegebedürftige Vertrauen fassen und sich verstanden fühlen kann. Kontinuierliche Betreuung der Pflegebedürftigen hängt vom Willen und von der Fähigkeit der Pflegenden zur Beziehungsaufnahme ab. Beziehungsfähigkeit, Beziehungswille und Kontinuität sind unabdingbare Voraussetzungen für die Bezugspflege.

Anhand der Touren-/Einsatzplanung in Verbindung mit dem Abgleich der Pflegedokumentation kann die Kontinuität in der pflegerischen Versorgung festgestellt werden.

Die Frage zielt auf Regelungen ab, die eine am Pflegebedürftigen orientierte Pflege gewährleisten.

B				
4.2	Hat die verantwortliche Pflegefachkraft ausreichend Zeit für ihre Leitungsaufgaben?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 4.2:

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

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 4.3:

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

Fachlicher Hintergrund: (siehe auch fachlicher Hintergrund zu Frage 6.4)

Das SGB XI und die darauf aufbauenden vertraglichen Regelungen favorisieren insgesamt ein Qualitätsmodell, das der verantwortlichen Pflegefachkraft (Pflegedienstleitung) herausragende Verantwortung zuweist. In einer größeren Pflegeeinrichtung ist es ihr allerdings nicht möglich, auch alle Pflegeprozesse selber zu steuern. Daher muss sie diese Aufgaben an andere Pflegefachkräfte delegieren.

Um die Steuerung des Pflegeprozesses durch Pflegefachkräfte und die Delegation der Pflegedurchführung sicher zu organisieren, ist ein effektiv gestalteter organisatorischer Rahmen (Pflegeleitbild, Pflegekonzept, Organigramm, Stellenbeschreibungen, Standards, mitarbeiterbezogene Pflegevisiten, Fortbildungen) erforderlich. Die Ausgestaltung dieses organisatorischen Rahmens fällt, soweit er sich nicht unmittelbar aus vertraglichen Verpflichtungen ergibt, in die Organisationshoheit der Pflegeeinrichtung. Um die erforderliche fachliche Anleitung und Überprüfung von Pflegekräften gewährleisten zu können, ist es erforderlich, dass die Pflegeeinrichtung mitarbeiterbezogene Pflegevisiten oder ähnliche Instrumente einsetzt.

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

Erläuterung zur Prüffrage 4.4: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

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.

Die Mitarbeiter sollten an der Dienstplangestaltung beteiligt werden.

In die Prüfung sind in der Regel Dienstpläne von drei Monaten einzubeziehen. Die Anforderungen gelten auch für Dienstpläne, die per EDV erstellt werden.

4.5	Liegen geeignete Einsatz-/Tourenpläne vor?	ja	nein	E.
B				
a.	Datum der Gültigkeit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
b.	tageszeitliche Zuordnung von Mitarbeitern zu Pflegebedürftigen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
c.	Angabe der verantwortlichen Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 4.5: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Zur Umsetzung der Einsatz- und Tourenpläne sind verschiedene Möglichkeiten (z.B. EDV-System, Stecktafeln, Magnettafeln) gegeben. Einsatz- und Tourenpläne konkretisieren den Dienstplan und enthalten Aussagen darüber, welche Mitarbeiter wann (Datum und tageszeitliche Zuordnung) Leistungen erbringen.

M/T37/B				
4.6	Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes im Hinblick auf die vereinbarten Leistungen sichergestellt?	ja	nein	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 4.6:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der ambulante Pflegedienst für die von ihm versorgten pflegebedürftigen Menschen ständig erreichbar ist und die vereinbarten Leistungen durchführt. Der Nachweis hierfür kann beispielsweise durch den Dienstplan geführt werden, wenn hierin Ruf-/Einsatzbereitschaftsdienst ausgewiesen ist. Eine ständige Erreichbarkeit ist nicht gegeben, wenn lediglich ein Anrufbeantworter erreichbar ist oder E-Mails zugesandt werden können.

Erläuterung zur Prüffrage 4.6: Keine.

Literatur zu Kapitel 4:

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996.

Heiber A, Nett G (2006): Handbuch Ambulante Einsatzplanung. Hannover.

Josuks H (2008): Primary Nursing – Ein Konzept für die ambulante Pflege. Hannover.

Menke N (2007): Pflege Heute. 4. Auflage. München, Jena.

Schmidt S, Meißner T (2008): Organisation und Haftung in der ambulanten Pflege. Berlin.

Sowinski C et al. (2000): Organisation und Stellenbeschreibungen in der Altenpflege. KDA Forum Band 36, Teil 1. Köln.

5. Konzeptionelle Grundlagen

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

Erläuterung zur Prüffrage 5.1:

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

5.2	Liegt ein geeignetes schriftliches Pflegekonzept vor?	ja	nein	t.n.z.	E.
	B				<input type="checkbox"/>
a.	Aussagen zum Pflegemodell	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
b.	Aussagen zum Pflegesystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
c.	Aussagen zum Pflegeprozess	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
d.	Aussagen zur innerbetrieblichen Kommunikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
e.	Aussagen zum Qualitätssicherungssystem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
f.	Aussagen zur Leistungsbeschreibung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
g.	Aussagen zur Kooperation mit anderen Diensten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	B				
h.	Aussagen zur personellen Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Erläuterung zur Prüffrage 5.2:

Bei „Aussagen zur Kooperation mit anderen Diensten“ ist „t.n.z.“ anzukreuzen, wenn keine Kooperationen bestehen.

Fachlicher Hintergrund:

„Die ambulante Pflegeeinrichtung verfügt über ein Pflegekonzept, das auf pflegewissenschaftlichen Theorien oder Modellen sowie praktischen Erfahrungen basiert und im Pflegeprozess umgesetzt wird.“

Das mit dem Einrichtungskonzept im Einklang stehende Pflegekonzept definiert das pflegerische Angebot und ist Handlungsorientierung für alle Mitarbeiter, die am Pflegeprozess beteiligt sind. Darüber hinaus bietet es für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen eine wichtige Orientierung. In erster Linie präzisiert es Zielsetzungen, bietet eine Strukturierungshilfe für die Pflegepraxis und regelt Organisation sowie Arbeitsweise des Pflegebereiches und der pflegerischen Mitarbeiter.

Fehlt ein Pflegekonzept, bleibt dagegen unklar, welche Ziele für die einzelnen Arbeitsabläufe in der Pflege die Richtung weisen. Einrichtungen, die ohne Konzepte arbeiten, handeln oft unstrukturiert und produzieren ineffektive Leerläufe.

Das Pflegekonzept sollte pflegetheoretisch begründet sein. Hierzu kann auf verschiedene Pflegetheorien zurückgegriffen werden.

Welche pflegetheoretischen Überlegungen dem Pflegekonzept einer Pflegeeinrichtung zu Grunde gelegt werden, obliegt der Organisationshoheit der Pflegeeinrichtung. Grundsätzlich können Theorien aller Reichweiten für die Pflegekonzeptentwicklung einer Pflegeeinrichtung genutzt werden. Auch die Gestaltung von Pflegekonzepten auf der Basis einer Kombination von Konzepten mehrerer Pflegetheorien ist möglich. Dabei kommt es aber darauf an, dass

das Pflegekonzept in sich schlüssig ist. In der Gestaltung der Pflege, der Umsetzung der Pflegeprozesse sowie der Gestaltung des Pflegedokumentationssystems sollte das Pflegekonzept sich widerspiegeln.

Die Umsetzung von auf pflegetheoretischen Überlegungen basierenden Pflegekonzepten in der Praxis kann nur in einem Prozess der Auseinandersetzung von Mitarbeitern einer Einrichtung mit Theorien 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.

Im Pflegekonzept sollten Aussagen dazu enthalten sein, nach welchem System die Pflege organisiert ist. Pflegesysteme können nach dem Prinzip der Bezugspflege oder der Funktionspflege differenziert werden.

B		ja	nein	E.
5.3	Ist das Pflegekonzept den Mitarbeitern in der Pflege bekannt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 5.3:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn das Konzept den Mitarbeitern der Pflegeeinrichtung nachvollziehbar bekannt ist. Nachweisdokumente können z.B. sein: Einarbeitungsprotokolle, Schulungsnachweise. Alternativ können die Mitarbeiter auch befragt werden.

Literatur zu Kapitel 5:

DIMDI (Hrsg.) (2009): Pflegerische Versorgungskonzepte für Personen mit Demenzerkrankungen. Schriftenreihe Health Technology Assessment Band 80. Köln.

Fawcett J (1996) Pflegemodelle im Überblick. Bern et al.

Friesacher H (2008): Pflegediagnosen und Pflegeklassifikationssysteme. Verstehen statt etikettieren. Lerneinheit 7: Die Zukunft gestalten. Professionalisierung in der Pflege. In CNE (Certified Nurse Education). Fortbildung und Wissen für die Pflege, 11-15. Hamburg.

Friesacher H (2008): Theorie und Praxis pflegerischen Handelns. Begründung und Entwurf einer kritischen Theorie der Pflegewissenschaft. Band 2 der Reihe Pflegewissenschaft und Pflegebild. Hartmut Remmers (Hrsg.). Osnabrück.

Meis A I (1999): Pflegetheorien. Gegenstand, Entwicklung und Perspektiven des theoretischen Denkens in der Pflege. Bern et al.

Schäffer E et al (1997): Pflegetheorien. Bern et al.

6. Qualitätsmanagement

B	
6.1	Ist die betriebliche Zuständigkeit für die Wahrnehmung der Aufgaben im Sinne des Qualitätsmanagements der Leitungsebene zugeordnet?

ja nein

E.

Erläuterung zur Prüffrage 6.1: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Die Verantwortlichkeit für das Qualitätsmanagement liegt auf Leitungsebene in der Einrichtung, und zwar auch dann, wenn ein Qualitätsmanagementbeauftragter benannt ist.

Demnach ist die verantwortliche Pflegefachkraft auch bei Einsetzung eines Qualitätsmanagementbeauftragten für das Qualitätsmanagement im Bereich Pflege zuständig.

B	
6.2	Werden Maßnahmen der externen Qualitätssicherung durchgeführt (z.B. Mitwirkung an einrichtungsübergreifenden Qualitätskonferenzen)?

ja nein

E.

Erläuterung zur Prüffrage 6.2:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn schriftliche Nachweise (z.B. Tagesordnungen, Teilnehmerlisten, Ergebnisprotokolle, Zertifikate, Auditberichte) über externe Maßnahmen vorgelegt werden.

Fachlicher Hintergrund:

Maßnahmen der externen Qualitätssicherung können sein:

- Mitwirkung an Qualitätskonferenzen
- Mitwirkung an Assessmentrunden
- Entwicklung und Weiterentwicklung von Verfahrensstandards für die Pflege und Versorgung
- externe Audits

Die ambulante Pflegeeinrichtung hat die Durchführung von und die Beteiligung an Qualitätssicherungsmaßnahmen zu dokumentieren und auf Anforderung der Landesverbände der Pflegekassen nachzuweisen.

6.3		Werden die für die ambulante Pflege relevanten Aussagen der Expertenstandards des DNQP ² im Rahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt oder sind konkrete Maßnahmen in dieser Hinsicht geplant?			
		ja	nein	t.n.z.	E.
M/B					<input type="checkbox"/>
a.	Dekubitusprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
b.	Pflegerisches Schmerzmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B					
c.	Sturzprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
d.	Kontinenzförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
M/B					
e.	Chronische Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Erläuterung zur Prüffrage 6.3: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Standards bestimmen nach einer Definition der WHO ein professionell abgestimmtes Leistungsniveau der Pflege, das den Bedürfnissen der zu versorgenden Bevölkerung entspricht (z.B. Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege). Die Messbarkeit der Wirkung von Standards wird durch Kriterien der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität bestimmt.

Auch wenn die Expertenstandards des Deutschen Netzwerks für Qualitätsentwicklung in der Pflege keine direkte Verbindlichkeit für die Pflegekräfte und Pflegeeinrichtungen entfalten, können die Expertenstandards als „vorweggenommene Sachverständigengutachten“ gewertet werden, die bei juristischen Auseinandersetzungen als Maßstab zur Beurteilung des aktuellen Standes der medizinisch-pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse herangezogen werden. Bereits bei mehreren Bundessozialgerichtsurteilen (BSG Urteile vom 24. September 2002 Az B 3 KR 9/02 R und Az B 3 KR 15/02 R) wurde auf den Expertenstandard Dekubitusprophylaxe Bezug genommen.

B		ja	nein	E.
6.4	Werden Maßnahmen der internen Qualitätssicherung im Bereich Pflege durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 6.4:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn mindestens 3 der nachfolgend genannten (oder vergleichbare) Maßnahmen nachweislich systematisch und situationsgerecht durchgeführt werden.

² Die bisher vom DNQP entwickelten Expertenstandards konkretisieren den Stand der pflegewissenschaftlichen Erkenntnisse und sind bis zu einem Aktualisierungsbeschluss bzw. Einführungsbeschluss eines neuen Expertenstandards nach § 113a SGB XI relevant.

Fachlicher Hintergrund:

Maßnahmen der internen Qualitätssicherung können insbesondere sein:

- Einrichtung von Qualitätszirkeln
- Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten mit Nachweis über dessen Tätigkeit seit seiner Benennung
- Entwicklung, Anwendung und Weiterentwicklung von Standards/Richtlinien (Verfahrensstandards)
- Pflegevisiten mit Ergebnisbesprechungen
- Fallbesprechungen
- Entwicklung, Anwendung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementhandbuchs
- systematische Auswertung von Fachliteratur/Fortbildungsmaßnahmen und Implementation in die Pflegepraxis

Unter **Qualitätszirkeln** sind Arbeitsgruppen zu verstehen, in denen Mitarbeiter zeitlich begrenzt zur Lösung eines/oder mehrerer Probleme zusammenarbeiten. Das Ziel, die Zeitvorgabe und die einzelnen Arbeitsschritte müssen protokolliert werden.

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

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

Regelungen sollen den individuellen Bedingungen der Einrichtung angepasst sein. Von großer Bedeutung ist der Prozess der Einführung und Umsetzung. Bei deren Anwendung müssen die individuellen Bedürfnisse der Pflegebedürftigen berücksichtigt werden. Standards/Richtlinien sind für die Mitarbeiter verbindlich, sie müssen nachvollziehbar dokumentiert, regelmäßig reflektiert und ggf. angepasst werden. Die Anzahl der in einer Pflegeeinrichtung eingesetzten Standards/Richtlinien sollte überschaubar sein. Erfahrungsgemäß ist u.a. die Regelung folgender Prozesse sinnvoll:

- Situationen, in denen in der Einrichtung immer wieder Fehler unterlaufen
- Situationen, die für den Pflegedienst ungewöhnlich oder risikobehaftet sind
- Übernahme der Versorgung
- Krankenhausaufenthalt der Klienten
- Notfälle
- Sterbebegleitung
- Umgang mit Verstorbenen

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 der Pflegeeinrichtung sowie der Erstellung, kontinuierlichen Bearbeitung und Kontrolle der Pflegeplanung sowie -dokumentation. Gleichzeitig bildet sie eine Möglichkeit, die Qualität der Pflege zu beurteilen sowie zu optimieren und mit dem Pflegebedürftigen die Ziele und Maßnahmen zu vereinbaren. Die Pflegevisite ist ein Planungs- und

Bewertungsinstrument, das kunden- oder mitarbeiterorientiert durchgeführt werden kann. Die Anwendung des Pflegeprozesses kann mit der Durchführung und dokumentierten Pflegevisite im Sinne des PDCA-Zyklus optimiert werden. Für die Fortbildungsplanung bietet sich eine Analyse der Pflegeprobleme an, die Schwerpunkte in den bisher durchgeführten Pflegevisiten waren.

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

- Einbeziehung des Pflegebedürftigen und ggf. seiner Angehörigen im Sinne einer individuellen und auf den Pflegebedürftigen abgestimmten 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 Reflexion der Arbeit der professionell Pflegenden
- ggf. Anpassung der Pflegeziele und -maßnahmen
- Optimierung der Arbeits- und Organisationsstrategien
- Evaluation des Implementierungsgrades von Konzepten, Standards und durchgeführten Fortbildungen
- Unterstützung der Mitarbeiter in der direkten Pflege, insbesondere der Bezugspflegefachkräfte
- Ermittlung der Qualität der pflegerischen Leistung der einzelnen Mitarbeiter inklusive Feedback
- regelmäßige Ermittlung der Pflegeintensität und Anpassung der Einsatz- und Personalplanung

Pflegevisiten sind von Mitarbeitern mit fachlicher Kompetenz (Pflegefachkräfte mit umfassendem aktuellem Fachwissen) durchzuführen. Zusätzlich benötigen diese Mitarbeiter organisatorische sowie soziale Kompetenz. Möglichst sollten die verantwortliche Pflegefachkraft in enger Zusammenarbeit mit der Bezugspflegefachkraft des zu visitierenden Pflegebedürftigen oder andere speziell für diese Aufgabe qualifizierte Mitarbeiter die Pflegevisite übernehmen.

Mit **Fallbesprechungen** können Mitarbeiter im Pflegedienst die Pflegesituation eines Pflegebedürftigen mit dem Ziel einer Verbesserung seiner Lebenssituation diskutieren und Lösungen für Pflegeprobleme vereinbaren. Sie dienen der Entwicklung abgestimmter Verhaltens- und Vorgehensweisen.

Entwicklung, Anwendung und Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagementhandbuches

Von der Entwicklung eines Qualitätsmanagementhandbuches ist auszugehen, wenn mindestens Verantwortlichkeiten und ein Zeitplan festgelegt sind sowie erste Kapitel erarbeitet wurden.

Systematische Auswertung von Fachliteratur/Fortbildungsmaßnahmen und Implementation in die Pflegepraxis

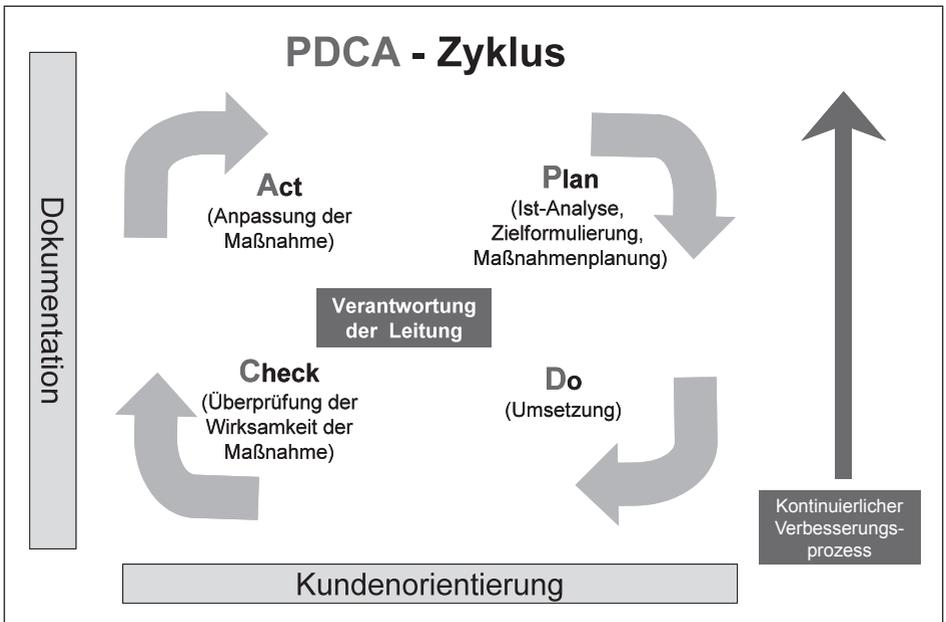
Die Pflegeeinrichtung analysiert Fachliteratur/durchgeführte Fortbildungsmaßnahmen zu bestimmten Schwerpunktthemen, plant Maßnahmen zur Implementierung und überprüft deren Umsetzung in der Pflegepraxis.

6.5	Wird das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (im Sinne des PDCA-Zyklus) gehandhabt?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
M/B				
a.	Istanalyse, Zielformulierung und Maßnahmenplanung (Plan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
b.	Umsetzung (Do)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
c.	Überprüfung der Wirksamkeit (Check)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
d.	Anpassung der Maßnahmen (Act)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 6.5: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Ein kontinuierlicher Qualitätsverbesserungsprozess beginnt mit der Formulierung des zu erreichenden bzw. erwarteten Qualitätsniveaus in Form von Zielen. Im Anschluss daran erfolgt die Planung, Umsetzung und Evaluation in der Praxis. Je nach Ergebnis der Evaluation werden die Maßnahmen und ggf. die Ziele angepasst.



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

Erläuterung zur Prüffrage 6.6:

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

M/T34/B				
6.7	Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ausfüllanleitung zu 6.7:

Das Kriterium ist erfüllt, wenn ein prospektiver Fortbildungsplan in schriftlicher Form vorliegt und gleichzeitig eine Regelung dokumentiert wurde, die die Einbeziehung aller in der Grund- und/oder Behandlungspflege tätigen Mitarbeiter an Fortbildungen vorsieht.

Das Kriterium ist auch dann erfüllt, wenn die Feststellung dokumentiert wurde, dass eine Fortbildung für den Planungszeitraum für bestimmte Mitarbeiter nicht erforderlich ist, z.B. weil sie auf dem aktuellen Stand des Wissens sind oder aufgrund einer un stetigen Beschäftigung oder einer längeren Abwesenheit.

Erläuterung zur Prüffrage 6.7: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

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.

Tätigkeitsbezogene Fortbildungen für den Bereich Pflege können sich u.a. beziehen auf Dekubitusprophylaxe, Lagerungs-, Transfer- und Bewegungstechniken, Umgang mit Medikamenten, Wundmanagement, Anwendung des Pflegeprozesses und der Pflegedokumentation, Ernährung- und Flüssigkeitsversorgung, Konzepte zum Umgang mit Demenz.

Tätigkeitsbezogene Fortbildungen für den Schwerpunktbereich beziehen sich auf den vereinbarten Schwerpunkt (z.B. Versorgung von Kindern, Wachkoma-Versorgung, beatmungspflichtige Pflegebedürftige).

Der Fortbildungsplan ist auf den im Pflegedienst im Rahmen des Qualitätsmanagements/der Fortbildungsbedarfsermittlung festgestellten Bedarf abzustellen.

6.8	Werden aktuelle Fachliteratur und Fachzeitschriften für die Mitarbeiter im Pflegedienst im Bereich Pflege zugänglich vorgehalten?	ja	nein		E. <input type="checkbox"/>
B					
a.	Auswahl aktueller tätigkeitsbezogener Fachbücher, die allen Mitarbeitern zugänglich ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
b.	mindestens eine periodisch erscheinende Fachzeitschrift, die allen Mitarbeitern z.B. per Umlauf zugänglich ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Erläuterung zur Prüffrage 6.8: Keine.

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

Erläuterung zu den Prüffragen 6.a-f: Keine.

Erläuterung zur Prüffrage 6.9g:

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

Fachlicher Hintergrund:

Eine geplante, systematische, nach einem Konzept durchgeführte Einarbeitung kann zur Sicherheit, Motivation und Zufriedenheit der neuen Mitarbeiter beitragen. Sie ist damit ein wichtiger Baustein zur Steigerung der Mitarbeiterzufriedenheit, zur Reduzierung von Mitarbeiterfluktuation und nicht zuletzt zur effektiven Nutzung der Personalressourcen.

Die Einarbeitung ist für jeden neuen Mitarbeiter erforderlich, sie muss abhängig von der Berufserfahrung, der Qualifikation des neuen Mitarbeiters und im Hinblick auf das spätere Aufgabengebiet unterschiedlich gestaltet werden.

Der neue Mitarbeiter sollte das Einarbeitungskonzept 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.

6.10	Werden Methoden zur Sicherstellung der Informationsweitergabe genutzt?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
M/B				
a.	geregelte Übergabe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
b.	regelmäßige Dienstbesprechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
c.	schriftlich fixierte Regelungen (z.B. Dienstanweisungen, Rundschreiben, Aushang)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 6.10a: Keine.

Erläuterung zur Prüffrage 6.10b:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn regelmäßige Dienstbesprechungen durch Nachweise belegt werden.

Erläuterung zur Prüffrage 6.10c: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Die Informationsvermittlung ist ein Instrument für die Mitarbeiter der verschiedenen Dienstschichten mit dem Zweck, eine sachgerechte und kontinuierliche Versorgung zu gewährleisten. Der Träger der Einrichtung und dessen ausführende Organe haben Sorge zu tragen, dass die Informationsvermittlung zwischen den verschiedenen Schichten und Dienstzeitmodellen reibungslos sowie in einem ausreichenden zeitlichen Rahmen sichergestellt werden kann.

Es sind ausreichende Zeiten für Informationsvermittlung/Teambesprechungen innerhalb der regulären Dienstzeit einzuplanen. Das erforderliche Zeitbudget beziehungsweise die jeweils vorgesehene Informationsübermittlung ist u.a. abhängig von der Pflegeorganisation, der Größe des Pflegedienstes und der Klientel. Übergaberegulungen müssen allen Mitarbeitern bekannt sein.

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

6.11	Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen für Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Pflegebedürftigen?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
M/T32/B				
a.	Werden die Mitarbeiter regelmäßig in erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T31/B				
b.	Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Ausfüllanleitung zu 6.11a:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der ambulante Pflegedienst belegen kann, dass Schulungen in Erster Hilfe und zum Verhalten bei Notfallmaßnahmen in regelmäßigen Abständen von nicht mehr als 2 Jahren durchgeführt wurden.

Erläuterung zur Prüffrage 6.11a: Keine.

Ausfüllanleitung zu 6.11b:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn eine schriftliche Regelung für Mitarbeiter zum Umgang mit Notfällen bei pflegebedürftigen Kunden besteht (z.B. nach Sturz, Entgleisung von Körperfunktionen oder Bewusstlosigkeit, Situationen, in denen der pflegebedürftige Mensch nicht öffnet).

Erläuterung zur Prüffrage 6.11b: Keine.

MT33/B				
6.12	Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 6.12:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn eine Verfahrensanweisung zur Erfassung und Bearbeitung von Beschwerden besteht.

Erläuterung zur Prüffrage 6.12:

Die nachweisliche Umsetzung ist anhand von Stichproben bearbeiteter Beschwerden zu prüfen.

Fachlicher Hintergrund:

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 (z.B. nach DIN ISO 9001). Ein Beschwerdemanagement ist ein unverzichtbarer Bestandteil eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements.

Literatur zu Kapitel 6:

- Batz B (2001): Mehr als ein Besuch: Die Pflegevisite. Forum Sozialstation, 108, 24-27.
- Böhme H (2000): Standards sind vorweggenommene Sachverständigengutachten. Pro Alter, 3, 55-56.
- Bölicke C (2004): Die Fallbesprechung in der Pflege. Die Schwester/Der Pfleger, 1, 12-16.
- Dalien E, Kohlhammer M (2000): Pflegeforum – eine besondere Form der Pflegevisite. Die Schwester/Der Pfleger, 2, 138-139.
- Ehmann M (2005): Pflegevisite in der ambulanten und stationären Altenpflege, München, Jena.
- Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996.
- Illison M, Kerner G (2003): Praxisleitfaden Qualitätsmanagement in Pflegeeinrichtungen. Ulm.
- Jäck S, Proschmann S (2004): Qualitätsprüfung und -bewertung ambulanter Pflegedienste. Hannover.
- Kahla-Witzsch H, Platzer O (2007): Risikomanagement für die Pflege. Stuttgart.
- Lummer Ch (2005): Praxisanleitung und Einarbeitung in der Altenpflege. Hannover.
- Marx W (2002): Bedeutung der Pflegevisite im Alten-/Pflegeheim. Die Schwester/Der Pfleger; 1: 55 –57.
- Morawe-Becker U (2004): Die Pflegevisite – Regelmäßig mit dem Patienten über seinen Pflegeprozess sprechen. Die Schwester/Der Pfleger, 1, 8-11.
- Offermann C (2002): Selbst- und Qualitätsmanagement für Pflegeberufe. Bern et al.
- Roes M (2000): Grundsätzliche Aussagen zum Qualitätsbegriff und zum Qualitätsmanagement im Universitätsklinikum Benjamin in Berlin. Roes M et al: M U M – Ein Pflege-Qualitätsprogramm zum Anfassen. Monitoring, Evaluation, Management der Qualität, 25-27, Bern et. al.
- Saßen S (2007): Risikomanagement. Hannover.
- Sowinski C, Kämmer K (1995): Standards. Büse F et. al. (Hrsg.): Heim aktuell. Leitungshandbuch für Altenhilfeeinrichtungen. Hannover.
- Stemmer R (Hrsg.) (2009): Qualität in der Pflege – trotz knapper Ressourcen. Hannover.
- Thelen-Aster A (2003): Pflegevisiten nutzen allen Beteiligten. Pflegen ambulant 2, 36-38.
- Weigert, Johann (2008): Der Weg zum leistungsstarken QM. Hannover.

7. Pflegedokumentationssystem

B		ja	nein	E.
7.1	Liegt ein einheitliches Pflegedokumentationssystem vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 7.1:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn die dem Prüfteam vom ambulanten Pflegedienst zur Verfügung gestellten Elemente des Pflegedokumentationssystems mit den bei den Pflegebedürftigen eingesehenen Dokumentationsunterlagen übereinstimmen.

B		ja	nein	E.
7.2	Können alle relevanten Informationen mit dem angewandten Pflegedokumentationssystem erfasst werden?			<input type="checkbox"/>
B				
a.	Stammdaten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
b.	Pflegeanamnese/Informationssammlung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
c.	Biografie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
d.	Bedürfnisse, Probleme und Fähigkeiten, Ziele und geplante Maßnahmen sowie die Evaluation der Ergebnisse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
e.	verordnete medizinische Behandlungspflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
f.	Gabe verordneter Medikamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
g.	Durchführungsnachweis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
h.	Pflegebericht	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
i.	Bewegungs- bzw. Lagerungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
j.	Trink-/Bilanzierungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
k.	Ernährungsplan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
l.	Überleitungsbogen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

B			
m.	Wunddokumentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B			
n.	Dekubitusrisiko/Dekubitusrisikoskala	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B			
o.	Fixierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B			
p.	Gewichtsverlauf	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B			
q.	Miktionsprotokoll	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B			
r.	Sturzrisiko	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B			
s.	Sonstiges	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 7.2: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

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, Pflegeplanung, Pflegedurchführungsnachweis (bzw. Leistungsnachweis) sowie Pflegebericht.

7.3	Ist bei einer computergestützten Pflegedokumentation durch die Vergabe von Zugriffsrechten eine eindeutige Zuordnung von Eingaben in den PC zu Mitarbeitern möglich?	ja	nein	t.n.z.	E.
				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
B					
a.	Zugriffsrechte für alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter eindeutig geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
b.	Eintragungen sind Mitarbeitern zugeordnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
B					
c.	nachträgliche Eintragungen/Änderungen werden als solche gekennzeichnet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Erläuterung zur Prüffrage 7.3:

Jeder Mitarbeiter, der Eintragungen in der EDV-gestützten Dokumentation vornimmt, muss über ein Passwort den Zugriff auf die Dokumentation erhalten. Jede Eintragung muss einem Mitarbeiter eindeutig zuzuordnen sein.

Literatur zu Kapitel 7:

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe nach § 80 SGB XI in der Fassung vom 31.05.1996.

MDS (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation, Essen.

8. Hygiene

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

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 8.1:

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

Erläuterung zur Prüffrage 8.1a-b: Keine.

Erläuterung zur Prüffrage 8.1c:

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

Erläuterung zur Prüffrage 8.1d:

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

Erläuterung zur Prüffrage 8.1e: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Es sind alle Maßnahmen, die den Schutz der Pflegebedürftigen und ihrer Umgebung sowie den Schutz der Pflegenden vor unerwünschten Mikroorganismen gewährleisten, schriftlich festzuhalten. Dabei sind landesrechtliche Regelungen zu berücksichtigen.

Der Hygieneplan muss allen Mitarbeitern als verbindliche Handlungsanleitung bekannt sein und beinhaltet mindestens Angaben zu:

- Händedesinfektion (siehe Empfehlung Händehygiene der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention)
- 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 festgelegt werden.

Sofern nicht grundsätzlich Einwegmaterial/-instrumente verwendet werden, ist eine Wiederaufbereitung erforderlich. Sie hat so zu erfolgen, dass eine Weiterverbreitung von obligat oder fakultativ pathogenen Krankheitserregern sicher ausgeschlossen ist. Das gebrauchte Instrumentarium ist sicher (in festen, durchstichsicheren, desinfizierbaren Transportbehältnissen) zur Wiederaufbereitung zu transportieren. Instrumentenaufbereitung und Sterilisation sind nur von sachkundigem Personal auszuführen. Einmalinstrumente sind nicht wieder aufzubereiten. Bei der **Desinfektion** sind thermische und chemische Verfahren möglich. Die thermische Desinfektion im Automaten ist aus hygienischer Sicht zu bevorzugen. Bei der **Sterilisation** sind Verpackungen entsprechend dem angewandten Verfahren zu verwenden. Eine Setverpackung (anwendungsgerechte Sets) ist zu bevorzugen. Die Durchführung der Sterilisation ist zu dokumentieren und das Sterilgut mit dem Sterilisationsdatum zu versehen.

8.2	Sind im Pflegedienst die für die ambulante Pflege relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention des Robert Koch-Institutes nachweislich bekannt?	ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
M/B				
a.	Empfehlung zur Händehygiene bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
b.	Empfehlung zur Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiierter Harnwegsinfektionen bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
c.	Empfehlung zur Prävention der nosokomialen Pneumonie bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
d.	Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 8.2: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Bei der ambulanten Pflege sind der Medizinische Dienst der Krankenversicherung und die von den Landesverbänden der Pflegekassen bestellten Sachverständigen berechtigt, die Qualität der Leistungen des Pflegedienstes mit Zustimmung des Pflegebedürftigen in dessen Wohnung zu überprüfen. (...) Dabei ist auch zu prüfen, ob die Versorgung des Pflegebedürftigen den Anforderungen des § 2 Nr. 8 in Verbindung mit § 23 Abs. 2 des Infektionsschutzgesetzes entspricht (vgl. § 114 Abs. 2 SGB XI).

Dies bezieht sich auf die Verhinderung nosokomialer Infektionen. Die ambulanten Pflegedienste haben demnach die relevanten Empfehlungen der beim Robert Koch-Institut eingerichteten Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention einzuhalten.

Um die Einhaltung relevanter Empfehlungen (Händehygiene, Prävention und Kontrolle Katheter-assoziiertes Harnwegsinfektionen, Prävention der nosokomialen Pneumonie, Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen – MRSA) gewährleisten zu können, müssen diese im Pflegedienst bekannt sein, sich in entsprechenden Regelungen der Pflegeeinrichtung wieder finden und diese Regelungen müssen den Mitarbeitern bekannt sein.

8.3 Stehen den Mitarbeitern in erforderlichem Umfang Arbeitshilfen zur Verfügung?		ja	nein	E. <input type="checkbox"/>
B				
a.	Handschuhe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
b.	Händedesinfektionsmittel	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
c.	Schutzkleidung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 8.3:

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

Fachlicher Hintergrund:

Mit Arbeitshilfen sind z.B. Handschuhe, Schutzkleidung, Händedesinfektionsmittel, Einmalwaschhandschuhe gemeint.

Bei Möglichkeit der Kontamination mit Körperflüssigkeiten und Ausscheidungen empfiehlt sich das Tragen von Schutzkleidung (z.B. Einmalschürzen).

Die Händehygiene gehört zu den wichtigsten Maßnahmen zur Verhütung von Infektionen.

Die Hand kann darüber hinaus als Infektionsquelle fungieren, wenn sich Mikroorganismen in den obersten Schichten der Haut oder in infizierten Läsionen vermehren und von dort freigesetzt werden. Dies ist bei der Infektionsprophylaxe zu berücksichtigen.

Die unterschiedlichen Maßnahmen der Händehygiene dienen dem Schutz vor der Verbreitung von Kontaminationen der Haut mit pathogenen Erregern, der Entfernung und/oder Abtötung von Mikroorganismen, der Reduktion der residenten Flora und der Entfernung von Verschmutzungen.

Bei vorhersehbarem oder wahrscheinlichem Erregerkontakt sowie bei möglicher massiver Verunreinigung mit Körperausscheidungen, Sekreten und Exkreten sind Schutzhandschuhe anzuziehen. Das betrifft zum Beispiel die Pflege inkontinenter Pflegebedürftiger, das Waschen von MRSA-infizierten Pflegebedürftigen, den Umgang mit Beatmungsschläuchen, die Entleerung von Wasserfallen, endotracheales Absaugen, Tracheostomapflege, Entsorgung von Sekreten, Exkreten und Fäzes kontaminierten Materialien (z.B. Stoma). Nach Beendigung der Tätigkeiten an einem Pflegebedürftigen sind die Handschuhe abzulegen und es ist eine hygienische Händedesinfektion durchzuführen.

Bei tatsächlicher wie auch fraglicher mikrobakterieller Kontamination der Hände muss eine hygienische Händedesinfektion durchgeführt werden. Zur hygienischen Händedesinfektion sind vorzugsweise Mittel auf Wirkstoffbasis von Alkoholen zu verwenden. Das alkoholische Präparat wird über sämtliche Bereiche der trockenen Hände unter besonderer Berücksichtigung der Innen- und Außenflächen einschließlich Handgelenke, Flächen zwischen den Fingern, Fingerspitzen, Nagelfalz und Daumen eingerieben und für die Dauer der Einwirkzeit feucht gehalten.

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
8.4	Wenn vom Pflegedienst Pflegebedürftige mit MRSA betreut werden: Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 8.4:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn

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

„t.n.z.“ ist anzukreuzen, wenn die Pflegeeinrichtung keine Pflegebedürftigen mit einer bekannten MRSA-Infektion betreut.

Fachlicher Hintergrund:

Nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) Sektion „Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation“ sind Mitarbeiter von ambulanten Pflegediensten hinsichtlich der Bedeutung und des Umgangs mit MRSA-kolonisierten bzw. infizierten Pflegebedürftigen zu schulen und das Einhalten allgemeiner und spezieller Hygienemaßnahmen zu kontrollieren.

Unter Berücksichtigung der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) sind die Träger der Einrichtung dafür verantwortlich, für den Pflegedienst klare Verfahrensabläufe und Maßnahmen für den Umgang mit MRSA infizierten Pflegebedürftigen zu treffen.

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

- Schutzmaßnahmen vor Kontamination sowie die Information aller mit Pflegebedürftigen in Kontakt kommenden Personen über die Übertragungsgefahren
- Hygienemaßnahmen z.B. Händehygiene, Tragen von Schutzkittel, Mundschutz, Einmalhandschuhen bei direktem Patientenkontakt oder Verbandwechsel
- Maßnahmen bei Verlegung und Transport in Einrichtungen (insbesondere Information der Zieleinrichtung, Beschränkung auf medizinisch notwendige Transporte)

Literatur zu Kapitel 8:

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2004): Berufsgenossenschaftliche Regeln/Technische Regeln biologische Arbeitsstoffe (BGR/TRBA) 250. Hamburg.

Deutsche Gesellschaft für Hygiene und Mikrobiologie (GGHM) (in der jeweils gültigen Ausgabe): Desinfektionsmittel-Liste der DGHM, Wiesbaden.

Deutsche Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) Sektion "Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation" (2002): Maßnahmenplan beim Auftreten von MRSA. o.O.

Gesetz zur Verhütung und Bekämpfung von Infektionskrankheiten beim Menschen – Infektionsschutzgesetz – IfSG vom 20 Juli 2000, zuletzt geändert am 24.12.2003.

Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch Institut (2000): Empfehlung zur Händehygiene. Bundesgesundheitsblatt, 43, 230-233.

Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch Institut (2005): Infektionsprävention in Heimen. Bundesgesundheitsblatt, 48, 1061-1080.

Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch Institut (1999): Empfehlung zur Prävention und Kontrolle von Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus-Stämmen (MRSA) in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen. Bundesgesundheitsblatt, 42, 954-958.

Länderarbeitskreis zur Erstellung von Hygieneplänen nach § 36 IfSG (2006): Rahmenhygieneplan gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz für Alten- und Altenpflegeheime. O.O.

Robert Koch Institut (2001): Prävention von nosokomialen Infektionen und Krankenhaushygiene im Infektionsschutzgesetz (IfSG). Berlin.

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

Allgemeine Hinweise:

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

9. Allgemeine Angaben

M/Info			
9.1	Auftragsnummer:		
	Datum	Uhrzeit	Nummer Erhebungsbogen

M/Info				
9.2	Angaben zum Pflegebedürftigen		ja	nein
a.	Name			
b.	Pflegekasse			
c.	Geburtsdatum			
d.	Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst			
e.	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen des Pflegedienstes			
f.	Pflegestufe			
	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Härtefall	<input type="checkbox"/> nicht pflegebedürftig (SGB XI)
g.	Liegt nach Angabe des Pflegedienstes eine eingeschränkte Alltagskompetenz vor?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	Leistungen nach § 37 SGB V		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i.	Ist der Pflegebedürftige mit der Feststellung des Pflegezustandes einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 9.2g:

Die Frage hat keine Auswirkungen auf die Beantwortung der Fragen in Kapitel 14.

M/Info		
9.3	Anwesende Personen	
a.	Gutachter	
b.	Mitarbeiter Pflegedienst (Funktion/Qualifikation)	
c.	sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)	

Erläuterung zur Prüffrage 9.3: Keine.

10. Behandlungspflege

Die Fragen zur Behandlungspflege werden nur bearbeitet, wenn die entsprechenden behandlungspflegerischen Maßnahmen ärztlich verordnet wurden.

Der ambulante Pflegedienst kann die verordneten behandlungspflegerischen Leistungen nur fachlich korrekt durchführen, wenn der verordnende Arzt eine dem aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Verordnung ausgestellt hat und gleichzeitig die hiermit zusammenhängenden erforderlichen Medizinprodukte und Hilfsmittel gesondert verordnet hat. Ist dies nicht der Fall, kann dies nicht dem ambulanten Pflegedienst angelastet werden.

Die Fragen zur Behandlungspflege beziehen sich auf das Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. (Anlage der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V in der Fassung vom 11.06.2008).

Grundsätzlich sind bei den Fragen zu den behandlungspflegerischen Maßnahmen immer folgende Aspekte zu bewerten:

- gezielte Sammlung von Informationen, die für die Durchführung der Maßnahmen erforderlich sind
- Maßnahme erfolgt entsprechend dem aktuellen Stand des Wissens
- Auswertung der Nachweise und ggf. Information an den Arzt
- Durchführung der Maßnahmen im verordneten Umfang

Die Fragen sind jeweils mit „ja“ zu beantworten, wenn alle oben genannten Anforderungen erfüllt sind. Bei den Transparenzkriterien zu konkreten behandlungspflegerischen Maßnahmen (Fragen 10.4, 10.6, 10.7, 10.16, 10.18, 10.22, 10.23, 10.29) sind die vereinbarten Ausfüllanleitungen maßgeblich.

Die nachfolgende Tabelle zeigt die vorgelegten Antworten der Prüffragen des Kapitels 10 „Behandlungspflege“:

Nr.	Vorbelegung	Prüffrage
10.1		Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?
10.2	t.n.z.	Wird mit dem Absaugen von Versicherten sachgerecht umgegangen?
10.3	t.n.z.	Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen?
10.4	t.n.z.	Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?
10.5	t.n.z.	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?
10.6	t.n.z.	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
10.7	t.n.z.	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
10.8	t.n.z.	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?
10.9	t.n.z.	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?

10.10	t.n.z.	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?
10.11	t.n.z.	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?
10.12	t.n.z.	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?
10.13	t.n.z.	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?
10.14	t.n.z.	Wird mit der speziellen Krankenbeobachtung sachgerecht umgegangen?
10.15	t.n.z.	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?
10.16	t.n.z.	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?
10.17	t.n.z.	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?
10.18	t.n.z.	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?
10.19	t.n.z.	Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen?
10.20	t.n.z.	Hat der Pflegebedürftige chronische Schmerzen?
10.21	t.n.z.	Erhält der Pflegebedürftige bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?
10.22	t.n.z.	Wird die Katheterisierung der Harnblase entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?
10.23	t.n.z.	Wird die Stomabehandlung entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?
10.24	t.n.z.	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?
10.25	t.n.z.	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?
10.26	t.n.z.	Beschreibung vorliegender Wunden
10.27	t.n.z.	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)
10.28	t.n.z.	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus nachvollziehbar?
10.29	t.n.z.	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?
10.30	t.n.z.	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe Lage, Tiefe)?
10.31	t.n.z.	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?
10.32	t.n.z.	Wird mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden sachgerecht umgegangen?

M/T27/B	
10.1	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?

ja nein t.n.z. E.

Ausfüllanleitung zu 10.1:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn eine ärztlich verordnete Leistung durchgeführt wird und nachweislich bei den in Augenschein genommenen Patienten über Einträge in der Pflegedokumentation oder durch Vorlage der ärztlichen verordneten Leistungen oder anderer geeigneter Nachweise eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit dem Arzt erfolgt. Relevante Normwertabweichungen, Notfallsituationen oder andere unmittelbar mit

der verordneten Leistung zeitlich und inhaltlich zusammenhängende relevante Gesundheitszustandsveränderungen mit Auswirkungen auf Umfang, Inhalt, Dauer oder Art der ärztlich verordneten Leistungen müssen grundsätzlich eine Kommunikation mit dem Arzt zur Folge haben.

Nicht bewertet werden kann diese Frage, wenn

- keine ärztlich verordneten Leistungen durchgeführt werden oder
- der behandlungspflegerische Bedarf entsprechend der ärztlichen Verordnung im festgelegten Zeitraum konstant ist und eine Kommunikation nicht erforderlich ist.

Erläuterung zur Prüffrage 10.1: Keine.

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.2	Wird mit dem Absaugen von Versicherten sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.2:

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

- das Absaugen unter Beachtung der hygienischen Kautelen mit atraumatischen Kathetern erfolgt (Händedesinfektion, Verwendung steriler Absaugkatheter und keimarmer Einmalhandschuhe).
- die Beschaffenheit des Sekrets beobachtet und dokumentiert wird.
- nachvollziehbar ist, wie und wann das Absauggerät desinfiziert wird.

Fachlicher Hintergrund:

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

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.3	Wird mit der Beatmung bei beatmungspflichtigen Erkrankungen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.3:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn

- die Beatmungsform und Beatmungsparameter dokumentiert sind.
- die Vitalparameter, hierbei auch die Schwellenwerte von Vitalparametern, dokumen-

tiert sind, bei denen weitere pflegerische bzw. behandlungsrelevante Interventionen erfolgen müssen.

- die Geräte bedienenden Pflegekräfte in das Beatmungsgerät eingewiesen sind (MPG bzw. MPBetreibV).
- die erforderlichen Hilfsmittel zur Durchführung einer maschinellen Beatmung dokumentiert sind und verwendet werden.
- die Wechsel- und Reinigungsintervalle der erforderlichen Hilfsmittel zur Durchführung einer maschinellen Beatmung dokumentiert und nach hygienischen Kautelen durchgeführt werden.
- die Durchführung der verordneten und erforderlichen Maßnahmen sich nachvollziehbar darstellt.
- ein Informationsaustausch mit dem behandelnden Arzt aus den Pflegedokumentationsunterlagen nachvollziehbar ist.
- Kontaktadressen von externen Supportunternehmen (Homecare – Unternehmen) in der Pflegedokumentation dokumentiert sind.

Die Dokumentation und Durchführung der verordneten Maßnahmen hinsichtlich intensivmedizinischer Behandlungspflege wird am Prüftag in Augenschein genommen. Es erfolgt eine Überprüfung der vorhandenen Materialien.

Fachlicher Hintergrund:

In den Pflegedokumentationsunterlagen sind die Beatmungsform (kontrolliert/assiiert) sowie die hierbei verwendeten Beatmungsparameter durch die Mitarbeiter des Pflegedienstes zu dokumentieren. Neben diesen allgemeinen Angaben ist es erforderlich, dass dem Pflegedienst die Begründung zur maschinellen Beatmung nachvollziehbar bekannt ist. Eine schriftlich dargestellte pflegerische Beobachtung ist nicht nur die systematische Dokumentation von Beatmungs- und Vitalparametern, sondern auch die pflegefachliche Beschreibung von Abweichungen, Veränderungen und dem Verlauf der Beatmungspflege. Der Prüfer sollte während der in Augenscheinnahme des Pflegebedürftigen darauf achten, dass während einer Druckbeatmung eine Oberkörperhochlagerung durchgeführt wird. Am Prüftag wird das verwendete Beatmungsgerät mit den dokumentierten Vorgaben verglichen. Dem Mitarbeiter des Pflegedienstes muss ersichtlich sein, ab welchem Schwellenwert eines Vitalparameters weitere behandlungsrelevante Maßnahmen zu ergreifen sind. Demzufolge sind Kontaktadressen zu evtl. Homecare – Unternehmen und dem behandelnden Arzt in den Pflegedokumentationsunterlagen nachvollziehbar zu fixieren.

Wenn in der Häuslichkeit ein Ersatzgerät zur Verfügung steht, muss dieses eine identische Einstellung der Beatmungsparameter aufweisen, um im Notfall eine kontinuierliche Ventilation zu gewährleisten. Dementsprechend muss auch ein Beatmungsbeutel im unmittelbaren Umfeld des zu beatmeten Pflegebedürftigen vorhanden sein.

Die verwendeten Hilfsmittel zur Durchführung einer maschinellen Beatmung müssen in den Pflegedokumentationsunterlagen aufgeführt sein. Hierbei handelt es sich z.B. um den Beatmungsschlauch, Gänsegurgel, Beatmungsfiler etc. Am Prüftag sind die aufgeführten Hilfsmittel auf Vorhandensein und Haltbarkeitsdatum zu kontrollieren.

Wechsel- und Reinigungsintervalle für erforderliche Hilfsmittel, wie z.B. Beatmungsschläuche, Gänsegurgel, Beatmungsfiler, Absauggerät, Verbindungsschläuche und Fingertip sind in der Pflegedokumentation über einen Durchführungsnachweis darzustellen.

Der Prüfer kann anhand der geführten Überwachungsbögen sowie der Durchführungsnachweise die nachvollziehbare Durchführung der verordneten Maßnahmen überprüfen.

Eine ambulante Intensivpflege von Pflegebedürftigen erfordert einen systematischen Informationsaustausch mit dem behandelnden Arzt, um zeitnah auf Veränderungen reagieren zu können. Dementsprechend muss der Pflegedienst nachvollziehbar Informationsinhalte schriftlich darlegen können.

M/T21/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.4	Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 10.4:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht entsprechend dem Standard/Leitlinien/Richtlinien des ambulanten Pflegedienstes durchgeführt wurden.

Erläuterung zur Prüffrage 10.4:

Die Frage betrifft alle in die Prüfung einbezogenen beatmungspflichtigen Menschen.

Fachlicher Hintergrund:

Atelektasen sowie sekundäre Pneumonien sind Komplikationen, die sich aus der Anwendung einer maschinellen Beatmung ergeben können. Gesunde Menschen wechseln intuitiv ihre Körperlage und Haltung, so dass unterschiedliche Lungenabschnitte belüftet werden. Die physiologische Befeuchtung der Atemluft ist bei tracheotomierten und beatmeten Pflegebedürftigen verändert. Die Folgen, die sich daraus ergeben, sind Minderbelüftungen von einzelnen Lungenabschnitten sowie eine Austrocknung der Schleimhäute der Trachealwand. Diesbezüglich kann es hierbei zu einem pulmonalen Sekretstau, Atelektasenbildung und gegebenenfalls zu Pneumonien mit folgender respiratorischer Insuffizienz kommen.

Die pflegerische Beobachtung eines Pflegebedürftigen, bei dem eine maschinelle Beatmung durchgeführt wird, beinhaltet neben der Ventilation eine nachvollziehbare Sputumbeobachtung. Erforderliche Maßnahmen zur Sicherstellung der Lungenbelüftung sind die Vibrationsbehandlung, atemstimulierende Einreibungen, die Inhalation sowie die Anwendung spezieller Lagerungstechniken (V-A-T-I-Lagerungen). Durchzuführende, ärztlich verordnete Maßnahmen müssen nachvollziehbar dokumentiert sein. Die medikamentöse Zusatzbehandlung bei Ultraschallverneblung ist nachvollziehbar darzustellen.

Bezüglich der hygienischen Desinfektion von erforderlichen medizintechnischen Geräten ist ein Nachweis zu führen.

Eine ambulante Intensivpflege von Pflegebedürftigen erfordert einen systematischen Informationsaustausch mit dem behandelnden Arzt, um zeitnah auf Veränderungen reagieren zu können. Dementsprechend muss der Pflegedienst nachvollziehbar Informationsinhalte schriftlich darlegen können.

M/B	
10.5	Wird mit Blasenspülungen sachgerecht umgegangen?

ja nein t.n.z. E.

Erläuterung zur Prüffrage:

Die Einhaltung von Hygienegrundsätzen und die Durchführung der Maßnahmen werden entsprechend der ärztlichen Verordnung nach Möglichkeit in Augenschein genommen oder es erfolgt eine Prüfung der vorhandenen Materialien und ein Gespräch mit dem Pflegemitarbeiter.

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn

- eine gezielte Informationssammlung nachzuvollziehen ist.
- die Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens entsprechend erfolgt.
- hygienische Grundsätze berücksichtigt werden.
- Nachweise ausgewertet und Informationen an den Arzt nachzuvollziehen sind.
- sich die Durchführung der Maßnahmen im verordneten Umfang darstellt.

Diese Frage kann auch als erfüllt bewertet werden, wenn der Pflegedienst den Arzt nachweislich darüber informiert hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und der Arzt seine Verordnung nicht angepasst hat.

Fachlicher Hintergrund:

Laut Richtlinie des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V ist eine Blasen-spülung **nur** verordnungsfähig bei durchflussbehinderten Dauerkathetern infolge Pyurie oder Blutkoageln bis zu 3 Tagen möglich.

M/T20/B	
10.6	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?

ja nein t.n.z. E.

Ausfüllanleitung zu 10.6:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die verordnete Leistung im genehmigten Umfang durchführt, dokumentiert, bewertet und hieraus ggf. erforderliche Konsequenzen zieht.

Wenn die Verordnung des Arztes keine ggf. erforderlichen Konsequenzen beinhaltet, kann eine Information an den behandelnden Arzt als Konsequenz erforderlich sein. Erforderliche therapeutische Konsequenzen zieht ausschließlich der Arzt.

Erläuterung zur Prüffrage 10.6: Keine.

M/T22/B	
10.7	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?

ja nein t.n.z. E.

Ausfüllanleitung zu 10.7:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die verordnete Leistung im genehmigten Umfang durchführt, dokumentiert, bewertet und hieraus die erforderlichen Konsequenzen zieht.

Wenn die Verordnung des Arztes keine ggf. erforderlichen Konsequenzen beinhaltet, kann eine Information an den behandelnden Arzt als Konsequenz erforderlich sein. Erforderliche therapeutische Konsequenzen zieht ausschließlich der Arzt.

Erläuterung zur Prüffrage 10.7: Keine.

M/B	
10.8	Wird mit der Versorgung und Überprüfung von Drainagen sachgerecht umgegangen?

ja nein t.n.z. E.

Erläuterung zur Prüffrage 10.8:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn

- dokumentiert wurde, um welche Drainage es sich handelt und wann diese gelegt wurde.
- die Versorgung unter Beachtung der hygienischen Kautelen erfolgt.
- die Beschaffenheit des Sekrets beobachtet und dokumentiert wird.
- nachvollziehbar ist, wie und wann das geschlossene Wunddrainagesystem gewechselt wird.

Die Einhaltung von Hygienegrundsätzen und die Durchführung der Maßnahmen werden entsprechend der ärztlichen Verordnung nach Möglichkeit in Augenschein genommen oder es erfolgt eine Prüfung der vorhandenen Materialien und ein Gespräch mit dem Pflege Mitarbeiter.

M/B	
10.9	Wird mit Maßnahmen zur Darmentleerung (Einlauf, Klistier, Klyisma, digitale Enddarmausräumung) sachgerecht umgegangen?

ja nein t.n.z. E.

Erläuterung zur Prüffrage 10.9: Keine.

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.10	Wird mit der Flüssigkeitsbilanzierung sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.10: Keine.

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.11	Wird mit Inhalationen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.11: Keine.

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.12	Wird mit Instillationen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.12: Keine.

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.13	Wird mit dem Auflegen von Kälteträgern sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.13: Keine.

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.14	Wird mit der speziellen Krankenbeobachtung sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.14: Keine.

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.15	Wird mit dem Legen und Wechseln von Magensonden sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.15: Keine.

MT19/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.16	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 10.16:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die Medikamentengabe entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt und in der Pflegedokumentation dokumentiert hat. Die Durchschrift der ärztlichen Verordnung muss beim Pflegedienst hinterlegt sein.

Sofern eine Bedarfsmedikation angeordnet ist, muss in der Pflegedokumentation festgehalten sein, wann welches Medikament in welcher Dosierung verabreicht worden ist.

Erläuterung zur Prüffrage 10.16:

Die Frage bezieht sich auf Nr. 26 des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Anlage der Richtlinie nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V). Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn der Pflegedienst die ärztlich verordneten Medikamente und deren Einnahme fachgerecht und vollständig dokumentiert hat. Eine fachgerechte und vollständige Dokumentation enthält folgende Angaben:

- a) Applikationsform
- b) vollständigen Medikamentennamen
- c) Dosierung und Häufigkeit
- d) tageszeitliche Zuordnung der Medikamentengabe
- e) Angaben zur Bedarfsmedikation

Sofern eine Bedarfsmedikation angeordnet ist, muss in der Pflegedokumentation festgehalten sein, bei welchen Symptomen, welches Medikament in welcher Einzel- und bis zu welcher Tageshöchstdosierung zu verabreichen ist.

Es ist zu überprüfen, ob für alle verabreichten Medikamente eine ärztliche Anordnung vorliegt.

Bei der Verwendung eines Generikums muss der Pflegedienst überprüfen, ob das verwendete Präparat dem der ärztlichen Verordnung entspricht (z.B. durch Austauschliste, Dokumentation des Wirkstoffnamens, Kennzeichnung der Generikumpackung mit dem Namen des Originalpräparates).

Es geht bei der Frage nicht um eine systematische Prüfung, ob die Bedarfsmedikamente vorgehalten werden.

Fachlicher Hintergrund:

Beim Stellen und Verabreichen der verordneten Medikamente müssen die verschiedenen Applikationsformen berücksichtigt werden. Die gebräuchlichsten Applikationsformen sind eine orale Applikation (z.B. in Form von Tabletten, Pulver, Saft, Tropfen, Kapseln, Brausetablette usw.), eine subkutane Applikation (z.B. Injektion, Infusion usw.), eine rektale Applikation (in Form von Zäpfchen, Klistier usw.), eine intravenöse Applikation (z.B. Injektion, Infusion usw.), intramuskuläre Applikation (z.B. Injektion). Einige Medikamente müssen mit der Nahrung eingenommen werden, andere auf nüchternen Magen.

Es liegt in der Organisationsverantwortung des Pflegedienstes, den Umgang mit Generika zu regeln.

Wenn der Versicherte die Einnahme nicht rezeptpflichtiger Medikamente nicht mehr eigenverantwortlich beurteilen kann und diese vom Pflegedienst verabreicht werden, ist dies mit dem Hausarzt und ggf. mit dem gesetzlichen Betreuer/Bevollmächtigten abzustimmen und zur eigenen Absicherung zu dokumentieren.

Die Verabreichung von Arzneimitteln über die Sonde ist eine der wichtigsten Ursachen für das Verstopfen der Sonde. Etwa 15 % dieser Ereignisse gehen auf unsachgemäßes Vorgehen zurück.

Darüber hinaus gilt für die Verabreichung von Medikamenten über die PEG-Sonde folgendes:

Für bestimmte Medikamente muss die Sondenernährung für einen vorgeschriebenen Zeitraum unterbrochen werden. Medikamente sollten möglichst in flüssiger Form verwendet werden. Ist dies nicht möglich sind Tabletten fein zu mörsern und in Wasser aufgelöst zu verabreichen, um eine Sondenverstopfung zu vermeiden. Bei der Medikamentenverabreichung ist darauf zu achten, dass z.B. Kapseln, Retard-Arzneimittel oder Arzneimittel mit veränderter Wirkstofffreisetzung (z.B. magensaftresistente Tabletten oder Kapseln) ggf. nicht per Sonde verabreicht werden können. Vor und nach der Medikamentenverabreichung ist die Sonde mit etwa 30 ml Spülflüssigkeit (Raumtemperatur) zu spülen. Bei Verabreichung von mehreren Medikamenten, sind diese separat einzugeben und nach jeder Gabe mit 30 ml Wasser nachzuspülen.

Vom Zumischen von Arzneimitteln zur Sondenernährung ist grundsätzlich abzuraten, weil einerseits die Gefahr der Verstopfung zu groß ist und andererseits ein therapeutischer Wirkspiegel des Arzneimittels nicht mehr gewährleistet ist.

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.17	Wird mit dem Richten von Injektionen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.17: Keine.

MT23/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.18	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 10.18:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die verordnete Leistung im genehmigten Umfang durchführt, dokumentiert und bei Komplikationen den Arzt informiert.

Erläuterung zur Prüffrage 10.18: Keine.

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.19	Wird mit i.v. Infusionen sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.19:

Die Einhaltung von Hygienegrundsätzen und die Durchführung der Maßnahmen werden entsprechend der ärztlichen Verordnung nach Möglichkeit in Augenschein genommen oder es erfolgt eine Prüfung der vorhandenen Materialien und ein Gespräch mit dem Pflegemitarbeiter.

Fachlicher Hintergrund:

Eine Infusionstherapie ist Aufgabe eines Arztes. Er kann die Vorbereitung, praktische Durchführung und Überwachung an die Pflegefachkraft mit entsprechender Handlungskompetenz delegieren.

Infusionen stellen einen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit dar. Ordnet der Arzt eine Infusion an, kann die Pflegefachkraft grundsätzlich von einer ausreichenden Information/ Aufklärung des Patienten seitens des Arztes ausgehen. Verweigert der Patient die Infusion, darf nicht gegen seinen Willen gehandelt werden. Dies sollte für eine juristische Absicherung ausreichend dokumentiert werden.

Unterschieden werden je nach Art der punktierten Vene (periphervenöse und zentralvenöse Infusion) sowie je nach Zeitdauer der Infusion in Dauer- und Kurzzeitinfusion.

Die intravenöse Infusion findet insbesondere im Rahmen einer parenteralen Flüssigkeitstherapie als Wasser-, Elektrolyt- sowie Substratzufuhr statt. Ebenfalls zur intravasalen Verabreichung von Medikamenten oder Diagnostika wird eine Infusion angewandt.

Die Vorbereitung und Ausführung einer Infusionstherapie kann an eine Pflegefachkraft delegiert werden, hierbei ist auf eine korrekte Angabe bezüglich der Dosierung, der Infusionsabfolge, der Einlaufgeschwindigkeit, der Applikationsart sowie eventuelle Zusatzmedikamentengabe zu achten.

M/Info		ja	nein
10.20	Hat der Pflegebedürftige chronische Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/>		

Erläuterung zur Prüffrage 10.20:

Grundsätzlich gilt: Selbsteinschätzung geht vor Fremdeinschätzung. Es ist zu überprüfen, ob beim Pflegebedürftigen chronische Schmerzzustände bestehen. Sofern vorliegende Schmerzen nicht aus der Pflegedokumentation ersichtlich sind, soll dies im Gespräch mit dem Pflegebedürftigen ggf. unter zu Hilfenahme z.B. der numerischen Rangskala oder der Wong-Baker-Scale ermittelt werden.

„ja“ ist auch dann anzukreuzen, wenn der Pflegebedürftige keine Schmerzen angibt, aus der Pflegedokumentation jedoch zu entnehmen ist, dass regelmäßig Medikamente gegen Schmerzen verabreicht werden.

Hat der Pflegebedürftige chronische Schmerzen und erhält keine Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie, ist die Frage 10.21 mit „t.n.z.“ zu kreuzen. Das pflegerische Schmerzmanagement ist im Freitext unter 10.20 zu beschreiben.

M/B					
10.21	Erhält der Pflegebedürftige bei Leistungen der häuslichen Krankenpflege zur Schmerztherapie ein angemessenes pflegerisches Schmerzmanagement?	ja	nein	t.n.z.	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.21:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn eine systematische Schmerzeinschätzung in einer Befragung des Pflegebedürftigen zu folgenden Inhalten erfolgte:

- Schmerzlokalisierung
- Schmerzintensität

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

Bei Pflegebedürftigen mit eingeschränkter Kommunikationsfähigkeit erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung mittels Beobachtung bzw. Angaben der Pflegepersonen/Angehörigen.

Fachlicher Hintergrund:

Bei degenerativen Erkrankungen des Bewegungsapparates, Multimorbidität oder Tumorerleiden ist besondere Aufmerksamkeit auf eine Schmerzsymptomatik zu legen. Schmerz ist kein „normales Begleitsymptom“ des Altersprozesses. Sinnvoll ist es u. U., bei älteren Menschen nicht direkt nach Schmerzen zu fragen, sondern dem Schmerz verwandte Begriffe bei der Befragung zu nutzen. Untersuchungen haben ergeben, dass ältere Menschen eher die Begleitsymptome wie Schlafstörungen, Lustlosigkeit oder Beeinträchtigung der Alltagsfunktionen benennen können, als auf die Frage zu antworten, „ob sie Schmerzen hätten“.

Schmerz kann zu erheblichen Einschränkungen in den Aktivitäten des täglichen Lebens (wie z.B. Eintritt der Pflegebedürftigkeit, Bettlägerigkeit) führen.

Da es sich beim Schmerz um ein subjektives Phänomen handelt, können nur die Betroffenen im Rahmen der Selbsteinschätzung zuverlässige Aussagen treffen. Es ist keine direkte Beobachtung der Schmerzsymptomatik möglich. Den allgemein anerkannten Leitsatz hat Margo McCaffery 1968 formuliert: „Schmerz ist das, was der Betroffene über die Schmerzen teilt, sie sind vorhanden, wenn der Patient mit Schmerzen sagt, dass er Schmerzen hat.“

Ab einem gewissen Grad der kognitiven Beeinträchtigung eines Pflegebedürftigen ist die Selbsteinschätzung erschwert. In diesen Fällen besteht die Möglichkeit, Schmerzen mittels Fremdeinschätzung zu beurteilen. Als ein Instrument zur Fremdeinschätzung bietet sich bei Menschen mit Demenz das Instrument „Beurteilung von Schmerzen bei Demenz (BESD)“ an. Dieses Instrument wird vom Arbeitskreis Alter und Schmerz der Deutschen Gesellschaft zum Studium des Schmerzes (DGSS) empfohlen und basiert auf wesentlichen Beobachtungsparametern (Atmung, Lautäußerungen, Mimik, Körpersprache, Reaktion auf Trost). Die Auskunft von Angehörigen kann die Einschätzung unterstützen.

Die erhobenen schmerzrelevanten Daten müssen zeitnah und lückenlos dokumentiert werden. Zu den Aufgaben von Pflegefachkräften gehört die Informationsweitergabe der ermittelten schmerzbedingten Faktoren an den behandelnden Arzt. Die Beobachtungen und Feststellungen werden in der Verlaufskontrolle schriftlich fixiert und in der Pflegeplanung mit aufgenommen.

Die Pflegefachkräfte sollen dem Pflegebedürftigen eine Beratung anbieten, um ihn zu befähigen, Schmerzen einzuschätzen, mitzuteilen und zu beeinflussen. Bei der Beratung sollen auch nichtmedikamentöse Maßnahmen berücksichtigt werden.

Ziel des pflegerischen Schmerzmanagements ist die größtmögliche Minderung der Schmerzintensität, um z.B. eine Verbesserung der Befindlichkeit, der Beweglichkeit und der Schlafqualität zu bewirken. Die Vorbeugung von Schmerzen stellt ein weiteres wichtiges Ziel dar. Pflegefachkräfte haben auf Grund ihres engen und häufigen Kontaktes zu den Pflegebedürftigen die Schlüsselrolle für ein gelungenes Schmerzmanagement. Personelle Kontinuität sowie eine aktive Kooperation mit den behandelnden Ärzten sind für eine angemessene Vorgehensweise ebenso Grundvoraussetzung, wie eine systematische Schmerzeinschätzung durch den Pflegebedürftigen und eine lückenlose Verlaufsdarstellung. Die nachfolgenden Kriterien sollten bei einer systematischen Schmerzeinschätzung berücksichtigt werden.

Kriterium	Bedeutung	Methode
Schmerzlokalisierung	Gibt Aufschluss über die Schmerzentstehung (Chapman u. Syrjala 2001); verbessert den Informationsaustausch zwischen Pat. und Therapeuten/Pflegenden (Carr, Ec 1997)	Pat. zeigt selbst auf schmerzende Körperregion(en) oder trägt Schmerz in Körper-skizze ein (Schmerzsteinschätzung McCaffery, Brief Pain Inventory [BPI])
Schmerzintensität	Grundlage für Einleitung bzw. Anpassung pharmakologischer Schmerztherapie; gibt Aufschluss über Verlauf/Therapieerfolg (WHO 1996; Wulf et. Al. 1997)	Pat. schätzt Schmerzintensität anhand von standardisierten Schmerzskaalen ein (NRS, VAS, VRS) – mögl. Parameter: SI in Ruhe und bei Bewegung SI jetzt, SI stärkster Schmerz, SI durchschnittl. Schmerz, SI geringster Schmerz
Schmerzqualität	Gibt Aufschluss über Schmerzentstehung; wichtige Grundlage für die Auswahl der Schmerzmedikamente bzw. Co-Analgetika (McCaffery, M. u. Pasero 1999)	Pat. zuerst in eigenen Worten den Schmerz beschreiben lassen; hat der Pat. Schwierigkeiten bei der Beschreibung, können Wörter vorgegeben werden (McCaffery, M. u. Pasero 1999) (z.B. Auszug Fragebogen DGSS, McGill, Pain Questionnaire)
Zeitliche Dimension (erstes Auftreten, zeitl. Verlauf, Rhythmus)	Wichtige Merkmale von Schmerz; z.B. erstes Auftreten > 6 Monate ist ein Indikator für Chronifizierung, wichtig für Pflegeplan (Tagesablauf und Medikamenteneinnahme bzw. non-pharmakol. Interventionen planen)	„Wann sind diese Schmerzen das erste Mal aufgetreten?“ „Sind diese Schmerzen zu manchen Zeiten schlimmer oder besser im Verlaufe des Tages oder der Nacht oder an bestimmten Tagen im Monat?“ (McCaffery, M u. Pasero 1999)
Verstärkende und lindernde Faktoren	Wichtig für Pflegeplanung, um Faktoren, die schmerzverstärkend sind, zu meiden und bewährte Maßnahmen fortzuführen sowie Lösungsstrategien zu entwickeln	Pat. befragen, beobachten, ggf. Familie einbeziehen
Auswirkungen auf das Alltagsleben	Wichtig für die Pflegeplanung und Evaluation der Schmerztherapie; gibt Aufschluss über den Umgang mit Schmerzen	Pat. befragen, beobachten, ggf. Familie einbeziehen (Brief Pain Inventory)

Zitiert aus: Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2005): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. 2. Auflage, Osnabrück, Seite 37.

Das Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege empfiehlt für die Erhebung des Schmerzmanagements die nachfolgenden Skalen:

- Numerische Rating Skala (NRS; 0-10)

Als Ziel der Bemühungen eines angemessenen Schmerzmanagements ist Schmerzfreiheit oder der Cut-Off-Punkt auf 3/10 festgelegt worden. Grundsätzlich ist aber das Selbstbestimmungsrecht des Pflegebedürftigen zu berücksichtigen und das Therapieziel gemeinsam zu vereinbaren.

- Wong-Baker-Faces-Rating-Scale

Anwendung bei Personen mit kognitiven Einschränkungen oder bei Kindern.

MT25/B	
10.22	Wird die Katheterisierung der Harnblase entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?

ja nein t.n.z. E.

Ausfüllanleitung zu 10.22:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn dokumentiert ist, dass Art, Umfang und Inhalt der ärztlich verordneten Leistungen durchgeführt wurden. Sofern Komplikationen aufgetreten sind, müssen diese sowie die anschließende Information an den Arzt hierzu festgehalten worden sein.

Erläuterung zur Prüffrage 10.22: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Um das Risiko von katheterassoziierten nosokomialen Harnwegsinfekten zu minimieren, sollten folgende Prinzipien eingehalten werden:

- sorgfältige Indikationsstellung durch den Arzt (ggf. urologischen Facharzt)
- Auswahl des richtigen Katheters (Silikon, vorzugsweise suprapubisch)
- aseptische, sachkundige Technik und sterile Arbeitsmittel
- geschlossenes Harndrainagesystem
- Diurese > 2 l/Tag
- individualisierte Katheterwechselintervalle
- Entfernung des Katheters zum frühestmöglichen Zeitpunkt

Transurethrale Blasenkatheeter können durch Pflegefachkräfte gelegt werden. Der jeweilige Wechsel des Blasenkatheters erfolgt nach ärztlicher Anordnung in individuell festgelegten Abständen. Die Katheterisierung ist aseptisch möglichst mit Hilfe eines Katheterisierungssets durchzuführen. Dabei sind sterile Handschuhe, steriles Abdeckmaterial, sterile Tupfer, ggf. eine sterile Pinzette, ein Schleimhautantiseptikum und steriles Gleitmittel zu verwenden.

Das Risiko traumatischer oder entzündlicher Harnröhrenkomplikationen wächst mit dem Außendurchmesser des Katheters. Die Katheterstärke sollte daher 18 Charrière nicht übersteigen. Nur bei genügendem Raum zwischen Urethralschleimhaut und Katheter kann entstehendes Sekret leicht abfließen.

Um eine Spontanentblockung bei längeren Liegezeiten des Katheters zu vermeiden, sollte statt Aqua dest. eine sterile 8-10%ige Glycerinlösung verwendet werden. Physiologische Kochsalzlösungen und andere kristalloide Lösungen können den Blockkanal inkrustieren und verkleben und ein späteres Entlocken behindern. Sofern nicht aufgrund von Agitiertheit oder Demenz eine unbeabsichtigte Katheterentfernung zu befürchten ist, reicht eine Ballonfüllung von 5-10 ml aus.

Die Liegedauer eines Katheters hängt von den Materialeigenschaften, Diurese, Infekt, Inkrustationen und Verschmutzung ab. Katheter sollten nicht routinemäßig in festgelegten Intervallen ausgetauscht werden, sondern bei Bedarf nach individuellen Gesichtspunkten, da die Länge der Intervalle bewohnerabhängigen Schwankungen unterliegt. Ein Katheter muss nicht gewechselt werden

- solange ein freier Urinabfluss und klarer Urin gewährleistet sind.

- wenn keine lokalen/systemischen Infektzeichen vorliegen.
- wenn der Bewohner beschwerdefrei ist.

Das als so genanntes Blasentraining angewandte intermittierende Abklemmen des Katheters zur Steigerung der Blasenkapazität bzw. zur Herstellung eines normalen Miktionsrhythmus ist unnötig und kann zu Infektkomplikationen führen.

Der intermittierende Einmalkatheterismus kommt insbesondere bei Menschen mit Querschnittslähmungen und damit einhergehenden Blasenentleerungsstörungen zur Anwendung. Auch hier hat die Katheterisierung grundsätzlich aseptisch zu erfolgen.

Legen, Wechseln und Entfernen suprapubischer Blasenkatheter sind ärztliche Aufgaben. Suprapubische Katheter werden durch die Bauchdecke eingebracht, z.T. mit einer kleinen Hautnaht und/oder in der Blase geblockt. Nach Empfehlungen des Robert Koch-Institutes sollte der suprapubische Blasenkatheeter bei einer Katheterdrainage von > 5 Tagen bevorzugt werden. Vorteile des suprapubischen Blasenkatheters sind:

- katheterbedingte traumatische oder entzündliche Komplikationen der Harnröhre, Prostata und Nebenhoden werden vermieden
- Harnwegsinfekte/Problemkeime treten im Vergleich zum transurethralen Blasenkatheeter später/seltener auf
- Spontanmiktioin ist möglich und die Wiederherstellung einer normalen Spontanmiktioin kann schneller erfolgen
- es besteht eine geringere subjektive Belästigung des Betroffenen

M/T26/B	
10.23	Wird die Stomabehandlung* entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?

ja nein t.n.z. E.

Ausfüllanleitung zu 10.23:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn dokumentiert ist, dass Art, Umfang und Inhalt der ärztlich verordneten Leistungen durchgeführt wurden. Sofern Komplikationen aufgetreten sind, müssen diese sowie die anschließende Information an den Arzt hierzu festgehalten worden sein.

* Stomaträger sind Menschen mit künstlichem Darmausgang oder künstlicher Harnableitung.

Erläuterung zur Prüffrage 10.23: Keine.

M/B	
10.24	Wird mit Trachealkanülen sachgerecht umgegangen?

ja nein t.n.z. E.

Erläuterung zur Prüffrage 10.24:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn die im fachlichen Hintergrund beschriebenen Aspekte zum Umgang mit der Trachealkanüle beachtet werden und in der Pflegedokumentation nachvollziehbar folgende Kriterien dokumentiert sind:

- Angaben zur Indikation der Trachealkanülenanlage
- Angaben zur Form der Tracheostomaanlage
- Angaben zum Kanülentyp und zur Kanülengröße
- alle im Zusammenhang mit der Trachealkanüle eingesetzten Hilfsmittel
- Angaben zum Wechsel der Trachealkanüle (Häufigkeit, Art und Weise der Durchführung)
- Angaben dazu, wer den Kanülenwechsel durchführt
- eine Ersatzkanüle in der Regel eine Nr. kleiner als die reguläre Kanüle vorliegt
- ggf. regelmäßige Cuffdruckmessungen durchgeführt und dokumentiert werden
- im Notfall (z.B. plötzliche Atemnot durch Verstopfung der Kanüle) das Offenhalten des Stomas gewährleistet ist (z.B. mittels Kilian- Nasenspekulum)

Die Einhaltung von Hygienegrundsätzen und die Durchführung der Maßnahmen werden entsprechend der ärztlichen Verordnung nach Möglichkeit in Augenschein genommen oder es erfolgt eine Prüfung der vorhandenen Materialien und ein Gespräch mit dem Pflegemitarbeiter.

Fachlicher Hintergrund:

Ein regelmäßiger Verbandswechsel mit einer entsprechenden Hautpflege des Tracheostoma ist unter aseptischen Bedingungen erforderlich. Bei dem Verbandswechsel ist auf Veränderungen der parastomalen Haut bzw. auf Komplikationen zu achten (z.B. Infektion, Druckulzera, Hautemphysem, Blutung, Läsion der Trachea). Diese werden in der Pflegedokumentation differenziert beschrieben, ebenso ist der Arzt zu benachrichtigen. Ziel ist es, das Tracheostoma und die unmittelbare Umgebung sauber und trocken zu halten, sowie Schäden der Haut um das Tracheostoma herum zu verhindern.

Hinsichtlich des Intervalls des Verbandswechsels sind grundsätzlich die ärztliche Anordnung sowie die Wundverhältnisse bzw. der Sekretfluss zu berücksichtigen. In der Literatur wird die Durchführung des Verbandswechsels einmal täglich und zusätzlich bei Bedarf empfohlen, da der Verband bzw. die Fixierungsbändchen oft mit Speichel, Trachealsekret oder Waschwasser in Kontakt kommen.

Nach der Reinigung wird das Tracheostoma verbunden und neu fixiert. Für den Verband stehen verschiedene Produkte zur Verfügung (z.B. Schlitzkompressen aus Mull, Metalline oder Polyurethane-Schaum). Achtung: Bei von Hand eingeschnittenen Kompressen kann leicht Kompressenmaterial in die Wunde gelangen.

Zum Verbandswechsel gehört ebenso die Lagekontrolle der Kanüle. Die Fixierung der Trachealkanüle soll unbeabsichtigte Lageveränderungen der Kanüle verhindern. Erfahrungsgemäß ist die Fixierung optimal, unter der gerade zwei nebeneinander liegende Finger eingeschoben werden können.

Wenn eine Innenkanüle verwendet wird, wird diese je nach Bedarf, mehrmals täglich aus der Außenkanüle herausgenommen, gereinigt und anschließend wieder eingesetzt. Die Trachealkanülenpflege und regelmäßige Reinigung des Innenlebens ist besonders wichtig, um eine Okklusion zu vermeiden. Die Aufbereitung der Kanüle muss gemäß Herstellerangaben erfolgen.

Erforderliche Maßnahmen zur Pneumonie- sowie Atelektasenprophylaxe werden in der Pflegeplanung berücksichtigt.

Beim Baden und Duschen darf keinesfalls Wasser, Seife oder Schaum in die Luftröhre gelangen. Gebadet werden darf nur im Sitzen auf einer rutschfesten Unterlage und in Gegenwart einer helfenden Person.

Eine regelmäßige sowie sorgfältige Zahn- und Mundpflege ist gerade bei Pflegebedürftigen mit einem Tracheostoma mehrmals täglich erforderlich.

Die Funktionen der Nase fallen bei einem tracheotomierten Menschen weg. Durch Austrocknung der Schleimhaut kann es zur Bildung von Borken kommen, die das Lumen der Trachea verlegen. Deshalb ist eine konsequente Schleimhautbefeuchtung sehr wichtig.

Um mit dem Pflegebedürftigen angemessen kommunizieren zu können, sollten die Kommunikationshindernisse des Pflegebedürftigen, aber auch seine Ressourcen/Fähigkeiten erkannt und eingeschätzt werden. Es ist notwendig, geeignete Kommunikationshilfsmittel (z.B. Schreibutensilien, Symboltafeln, -karten, Löschtafeln etc.) zu kennen und diese entsprechend der Situation des Pflegebedürftigen einzusetzen.

Der Tracheotomierte kann essen und trinken, sofern keine Schluckstörungen oder Kontraindikationen aufgrund seiner Erkrankung vorliegen.

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.25	Wird mit der Pflege von Venenkathetern sachgerecht umgegangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.25:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn folgende Aspekte berücksichtigt werden:

- Der venöse Zugang sicher an der Haut fixiert wird.
- Eine ausreichende Händedesinfektion vor dem Umgang mit Katheter-Infusionssystemen durchgeführt wird.
- Unter sterilen Kautelen mit sterilen Materialien gearbeitet wird.
- Bei Anzeichen einer lokalen Entzündung der Arzt informiert und die Infusion abgestellt werden.

Die Einhaltung von Hygienegrundsätzen und die Durchführung der Maßnahmen werden entsprechend der ärztlichen Verordnung nach Möglichkeit in Augenschein genommen oder es erfolgt eine Prüfung der vorhandenen Materialien und ein Gespräch mit dem Pflege Mitarbeiter.

Fachlicher Hintergrund:

Venenkatheter werden immer vom Arzt gelegt.

Venöse Zugänge stellen einen offenen Infektionsweg ins Körperinnere dar. Um das Infektionsrisiko möglichst gering zu halten, sollten folgende Regeln beachtet werden:

- venösen Zugang sicher an der Haut fixieren
- ausreichende Händedesinfektion vor Umgang mit Katheter-Infusionssystem
- nur mit sterilen Materialien arbeiten

- bei Anzeichen einer lokalen Entzündung einen Arzt informieren und Infusion abstellen

Venenkatheter ermöglichen die Applikationen von Medikamenten und Infusionen in das venöse Blutssystem. Unterschieden wird in periphere Venenkatheter (PVK) und zentrale Venenkatheter (ZVK).

Der Zugang des PVK liegt in einer der peripheren Körpervenen und dient in der Praxis für die intravenöse Applikation von Medikamenten und der Flüssigkeitstherapie.

Zu den am häufigsten genutzten Punktionsorten eines PVK zählen:

- Ellenbeugenvene (Vena cubitalis)
- Handrückenvene (Rete venosum dorsale manus)
- Unterarmvenen (Vena cephalica, Vena basilica, Vena mediana antibrachii)

Hinweise zum Verbandwechsel:

- tägliche Inspektion des Verbandes und bei Gazeverbänden die Insertionsstelle im Hinblick auf eventuellen Druckschmerz untersuchen
- Transparentverbände und Gazeverbände nicht routinemäßig, sondern bei Bedarf (Verschmutzung, Ablösung, Durchfeuchtung, Infektverdacht) wechseln
- hygienische Händedesinfektion vor und nach Verbandwechsel
- Verbandwechsel mittels No-Touch-Technik oder mit sterilen Handschuhen

Venenverweilkanülen können so lange liegen bleiben, wie sie klinisch benötigt werden und keine Komplikationen feststellbar sind. Die Indikation muss täglich neu geprüft werden.

Der ZVK wird meist nach Punktion einer Vene im Bereich der oberen Körperhälfte in das venöse Gefäßsystem eingeführt. Das Ende des Katheters liegt in der oberen oder unteren Hohlvene vor dem rechten Vorhof des Herzens.

Zu den bevorzugten Zugangsorten eines ZVK zählen:

- Halsvene (Vena jugularis interna & externa)
- Vene unter dem Schlüsselbein (Vena subclavia)
- Armvene (Vena basilica)

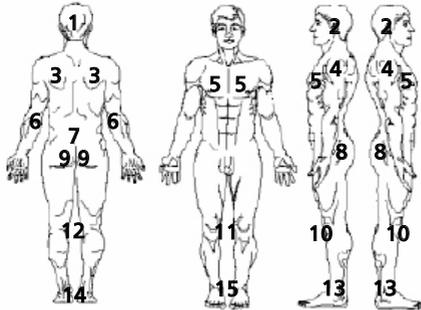
Hinweise zum Verbandwechsel:

- tägliche Inspektion des Verbandes und bei Gazeverbänden die Insertionsstelle im Hinblick auf eventuellen Druckschmerz, Fieber unklarer Ursache untersuchen
- tägliche Verbandwechsel von Gazeverbänden bei eingeschränkter Kooperation des Patienten
- routinemäßiger Wechsel von Transparenzverbänden spätestens nach 7 Tagen
- sofortiger Verbandwechsel bei Verschmutzung, Durchfeuchtung, Ablösung oder Infektionsverdacht
- Applikation von Antiseptika – bevorzugt alkohol. Hautdesinfektionsmittel – auf die Insertionsstelle bei Verbandwechsel
- bei Transparentverbänden keine Salben verwenden

M/Info

10.26 Beschreibung vorliegender Wunden (Wunde 1)

t.n.z.



Legende:

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

Art	Dekubitus <input type="checkbox"/>	Ulcus Cruris <input type="checkbox"/>	Diabetisches Fußsyndrom <input type="checkbox"/>	sonstige chronische Wunde <input type="checkbox"/>
-----	---------------------------------------	--	---	---

a. Größe/Tiefe _____ cm H x _____ cm B x _____ cm T

b. Ort der Entstehung	zu Hause <input type="checkbox"/>	extern <input type="checkbox"/>	nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/>
-----------------------	--------------------------------------	------------------------------------	---

c. Lokalisation Bitte Nummer laut Legende eintragen: _____

d. Stadium	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	
e. Umgebung	weiß <input type="checkbox"/>	rosig <input type="checkbox"/>	gerötet <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>
f. Rand	rosig <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	hart <input type="checkbox"/>	schmerzhaft <input type="checkbox"/>
g. Exsudat	kein <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	viel <input type="checkbox"/>	klar <input type="checkbox"/>	
h. Zustand	fest <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	rosa <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	gelb <input type="checkbox"/>
i. Nekrose	keine <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>
j. Geruch	kein <input type="checkbox"/>	übel riechend <input type="checkbox"/>			

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

Erläuterung zur Prüffrage 10.26:

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

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

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

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

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

Fachlicher Hintergrund:

Eine Wunde wird definiert als Verlust der Integrität eines Organs durch exogene oder endogene Faktoren (das größte Organsystem mit ca. 2 qm ist die Haut). Eine Wunde, die innerhalb von 4-12 Wochen unter fachgerechter Therapie keine Heilungstendenzen zeigt, bezeichnet man als chronische Wunde.

M/Info	
10.27	Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)
a.	Wunde 1
b.	Wunde 2
c.	Wunde 3

t.n.z.

Erläuterung zur Prüffrage 10.27: Keine.

M/B	
10.28	Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus nachvollziehbar?

ja

nein

t.n.z.

E.

Erläuterung zur Prüffrage 10.28:

Aus der Pflegedokumentation muss klar erkennbar sein, wann der Dekubitus oder die chronische Wunde entstanden ist und an welchem Ort sich der Pflegebedürftige zum Entstehungszeitpunkt aufgehalten hat.

M/T18/B	
10.29	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?

ja

nein

t.n.z.

E.

Ausfüllanleitung zu 10.29:

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

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

Dieses Kriterium kann auch als erfüllt bewertet werden, wenn der Pflegedienst den Arzt nachweislich darüber informiert hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und der Arzt seine Verordnung nicht angepasst hat.

Erläuterung zur Prüffrage 10.29:

Die Einhaltung von Hygienegrundsätzen und die Durchführung der Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Verordnung, werden nach Möglichkeit (wenn es dem Therapieschema nicht widerspricht) in Augenschein genommen oder es erfolgt eine Prüfung der vorhandenen Materialien und ein Gespräch mit den Pflegemitarbeitern.

Fachlicher Hintergrund:

Als chronisch gelten Wunden, wenn sie nach 4-12 Wochen trotz konsequenter Therapie keine eindeutigen Heilungszeichen aufweisen. Hierzu zählen auch postoperative Wunden, onkologisch verursachte Wunden und Verbrennungen. Die für professionell Pflegende in ihrer beruflichen Praxis am häufigsten vorkommenden chronischen Wunden sind das diabetische Fußsyndrom, der Dekubitus sowie das Ulcus cruris (venosum, arteriosum, mixtum).

Die Behandlung einer chronischen Wunde ist nur dann erfolgversprechend, wenn dabei an den Wundursachen (z.B. Diabetes mellitus, periphere Arterielle Verschlusskrankheit, chronisch venöse Insuffizienz, Apoplex oder Querschnittslähmung) angesetzt wird. Diese Ursachen sind je nach Art der chronischen Wunde sehr unterschiedlich, so dass auch jeweils unterschiedliche Aspekte bei der pflegerischen Versorgung einer chronischen Wunde relevant sind.

Aus diesem Grund werden daher umfassende Kompetenzen insbesondere zu folgenden Themen benötigt:

- „Dekubitus: Identifizierung des Dekubitusrisikos, Auswahl druckentlastender Hilfsmittel, Entwicklung eines individuellen Bewegungsförderungsplanes
- Diabetisches Fußsyndrom: allgemeine Diabetesbehandlung, Umgang mit druckentlastenden Hilfsmitteln, Rezidivprävention
- Ulcus cruris venosum: allgemeine Behandlung der Chronisch Venösen Insuffizienz (CVI), Bewegungsübungen, Anlegen eines Kompressionsverbandes, Rezidivprävention
- Ulcus cruris arteriosum: allgemeine Behandlung der peripheren Arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK), Rezidivprävention
- Ulcus cruris mixtum: je nach venöser/arterieller Beteiligung siehe Ulcus cruris venosum und Ulcus cruris arteriosum.“

Zitiert aus: Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) 2009: Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück, Seite 27.

Die Pflegefachkraft übernimmt im Rahmen der lokalen Wundversorgung die Durchführungsverantwortung für folgende Maßnahmen:

- Infektionsprävention und -bekämpfung,
- Debridement (außer dem chirurgischen),
- Wundreinigung und die Anlage der Wundauflagen

Dazu benötigt sie fundierte Kenntnisse zur hygienischen Durchführung der Wundversorgung, zum sachgerechten Verbandwechsel und zu geeigneten Hautschutzmaßnahmen.

Die Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden ist eine multiprofessionelle Aufgabe. Vor diesem Hintergrund sollten bei der Behandlung von chronischen Wunden Schmerzen gelindert und Mobilisationseinschränkungen und Wundgeruch ursächlich behandelt werden. Zur Druckentlastung sollten unverzüglich individuell geeignete Maßnahmen eingeleitet werden. Beim Einsatz von Hilfsmitteln sollte darauf geachtet werden, dass diese nicht zusätzlich die Bewegung einschränken oder Schmerzen hervorrufen.

Bei der Wundversorgung sollten insbesondere die folgenden allgemeinen Prinzipien beachtet werden:

- unnötige Verbandwechsel vermeiden
- atraumatischen Verbandwechsel durchführen
- hygienische Grundsätze einhalten
- adäquate Verbandmaterialien mit ausreichender Absorbtionsfähigkeit verwenden
- phasengerechte feuchte Wundversorgung
- allergisch wirkende Substanzen vermeiden

Nach dem derzeit gültigen Wissensstand werden die besten Ergebnisse bei der Behandlung von chronischen Wunden durch Feuchtverbände erreicht. Stand des Wissens zur Wundversorgung ist eine phasengerechte feuchte Wundversorgung. Übereinstimmend wird die Auswahl der Wundaufgabe in Abhängigkeit von Wundheilungsstadium, Wundlokalisation, Exsudatmenge, Infektionszeichen, Hautsituation, Schmerzen, Kontinenz sowie von Effektivitätskriterien empfohlen. Als Feuchtverbände kommen sowohl in physiologischer Kochsalzlösung getränkte Kompressen in Frage als auch Hydrogele, Hydrokolloide, Alginat- oder Polyuretanschäume. Die Wundbehandlung erfolgt immer entsprechend der ärztlichen Verordnung. Mit der Wundbehandlung werden folgende Ziele verfolgt:

- Schmerzlinderung
- Aufrechterhaltung des physiologischen Wundmilieus, das Austrocknen der Wundoberfläche wird verhindert
- Förderung der Mechanismen und Faktoren, die den Gewebeaufbau unterstützen
- Wundreinigung (Aufweichen von Nekrosen, Ablösung abgestorbener Gewebeareale)
- Verkleinerung der Wundfläche
- Vermehrung des Granulationsgewebes
- Vermeidung der Verklebung von neu gebildetem Gewebe mit dem Verband

Nach den Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert Koch-Institut sollen bei der Versorgung chronischer Wunden folgende hygienische Anforderungen beachtet werden:

- Beim Risiko der Kontamination der Arbeitskleidung wird bei größeren Wundflächen eine Einmalschürze oder ein Kittel getragen.
- Desinfektion der Hände vor dem Verbandwechsel und ggf. keimarme Einmalhandschuhe tragen (z.B. bei durchfeuchtetem Verband).
- Nach dem Abnehmen des Wundverbandes (festklebende wundabdeckende Kompressen mit steriler Pinzette entfernen) Einmalhandschuhe entsorgen.
- Es erfolgt eine erneute Händedesinfektion.
- Die Wundbehandlung wird nach hygienischer Händedesinfektion in Non-touch-Technik mit sterilen Instrumenten oder mit sterilen Handschuhen nach den Vorgaben der behandelnden Ärzte durchgeführt.
- Zum Spülen von Wunden werden nur sterile Lösungen verwendet.
- Hinsichtlich der Haltbarkeit der für die Spülungen verwendeten Lösungen werden die Angaben des Herstellers beachtet.

- Benutztes Instrumentarium wird unmittelbar nach Gebrauch unter Vermeidung der Kontamination des Umfeldes sicher entsorgt, angebrochene Sterilverpackungen sind nach dem Verbandwechsel zu verwerfen.

Patienten mit einem Ulcus cruris venosum und ggf. auch mit einem Ulcus cruris mixtum sollten dauerhaft eine geeignete Kompression tragen. Nach aktuellem Wissensstand trägt weniger der feuchte Wundverband als die Kompression zur Heilung eines Ulcus cruris venosum bei. Beim Ulcus cruris arteriosum, sowie dem Dekubitus und dem Diabetischen Fußsyndrom ist die Kompressionstherapie kontraindiziert. Grundlage jeder Behandlung eines Dekubitus ist die Druckentlastung. Die Druckentlastung ist bei einem Dekubitus durch Lagerung und den Einsatz von Hilfsmitteln sicherzustellen. Die Lagerung auf dem Dekubitus ist zu vermeiden. Oberstes Prinzip zur Behandlung des Diabetischen Fußsyndroms ist die absolute Druckentlastung des Fußes.

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
10.30	Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.30: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Für alle an der Versorgung beteiligten Berufsgruppen ist die Dokumentation nachvollziehbar zu führen. Durch die umfassende Dokumentation der Einschätzung der Wunde ist sicher zu stellen, dass alle Mitglieder des multiprofessionellen Teams informiert sind und die relevanten Informationen für die Planung von individuellen Maßnahmen vorliegen.

Im Einzelnen sind zu dokumentieren:

- Lokalisation
- Größe
- Tiefe
- ggf. Taschenbildung
- Wundsekretion
- Wundrand
- Wundumgebung

Eine Fotografie ist kein Ersatz für eine schriftliche Dokumentation, da die Dreidimensionalität von Wunden, Unterminierungen/Vertunnelungen und Farben nur mangelhaft dargestellt werden können. Werden Fotografien zur Unterstützung der Dokumentation eingesetzt, so müssen sie strikt standardisiert erstellt werden. Bei wiederholter Fotografie einer Wunde sollten z.B. immer Abstand, Winkel Belichtung und Kameramodell gleich sein. Vorteil der Fotodokumentation ist eine kontaktarme Befundung der Wunde und eine visualisierte Nachvollziehbarkeit des Wundverlaufs.

Die individuellen wund- und therapiebedingten Einschränkungen der Lebensqualität sowie die Kenntnisse und Fähigkeiten der Pflegebedürftigen und Angehörigen im Umgang mit der Wunde und den damit verbundenen Einschränkungen müssen in der Dokumentation nachvollziehbar sein. Zusätzlich ist zu dokumentieren, ob eine pflegerische Fachexpertin eingebunden ist.

M/B	
10.31	Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?

ja nein t.n.z. E.

Erläuterung zur Prüffrage 10.31: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Es erfolgt eine kontinuierliche Evaluierung des Heilungsprozesses mit ständiger Ergebnisbeurteilung und Anpassung der Therapiemaßnahme.

Nach jeder wundbezogenen Intervention sollte ein vollständiges Wundassessment erfolgen, z.B. nach Entfernung von avitalem Gewebe (Debridement), bei Verschlechterungen oder in regelmäßigen Abständen, mindestens in ein- bis zweiwöchentlichen Abständen. Die Abstände sind individuell festzulegen. Die Pflegefachkraft dokumentiert darüber hinaus bei jedem Verbandwechsel den Zustand der Wunde, der umgebenden Haut und den Heilungsverlauf. Die Wunddokumentation sollte einheitlich und kontinuierlich erfolgen. Bei Bedarf bezieht die Pflegefachkraft die pflegerische Fachexpertin auf Basis ihrer Einschätzung der Wundsituation in die Versorgung ein. Es wird empfohlen, dieses Vorgehen bereits bei der Ersteinschätzung zur Dokumentation der Wunde abzusprechen. Grundlage für diese Absprachen sollten hierbei der Zustand der Wunde und der zu erwartende Behandlungs- und Heilungsverlauf sein. Die Ergebnisse des vollständigen Wundassessments sind für das weitere Vorgehen bei der Wundversorgung entscheidend. Änderungen der Wundversorgung, die unter Beteiligung des Pflegebedürftigen geplant werden sollten, werden schriftlich fixiert und sind für alle an der Versorgung beteiligten Personen verbindlich.

Regelmäßig, spätestens alle vier Wochen, überprüft die Pflegefachkraft, ob die eingeleiteten Maßnahmen zu einer Verbesserung der Wundsituation geführt haben.

Eine Änderung des Maßnahmenplans kann dann erforderlich sein, wenn

- sich die Wundsituation verschlechtert.
- sich die Situation der Pflegebedürftigen nicht verbessert oder gar verschlechtert.
- der Pflegebedürftige die geplanten Maßnahmen nicht unterstützt.
- Behandlungsziele erreicht wurden und weitergehende Behandlungsschritte eingeleitet werden können.

M/T24/B	
10.32	Wird mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden sachgerecht umgegangen?

ja nein t.n.z. E.

Ausfüllanleitung zu 10.32:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn die Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt werden. Das ist der Fall, wenn

- das Anlegen im Liegen bei entstauten Venen und abgeschwollenen Beinen erfolgt.*
- der Kompressionsverband/-strumpf immer in Richtung des Körperrumpfes gewickelt/ angezogen wird.*
- der Kompressionsverband/-strumpf beim Anlegen faltenfrei ist.*

Dieses Kriterium ist auch erfüllt, wenn das Anlegen nicht nach a) erfolgt, weil der pflegebedürftige Mensch dies wünscht und der ambulante Pflegedienst den pflegebedürftigen Menschen nachweislich darüber informiert hat, dass die behandlungspflegerische Maßnahme nach a) – c) erfolgen sollte.

Erläuterung zur Prüffrage 10.32: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Grundsätze beim Anlegen von Kompressionsverbänden sind:

1. Anlegen des Verbandes nur im Liegen bei entstauten Venen und abgeschwollenen Beinen.
2. Ein Kompressionsverband muss immer von distal nach proximal gewickelt werden.
3. Die Vorspannung und damit der Ruhedruck sollten von distal nach proximal abnehmen, sonst kommt es zur distalen Stauung.
4. Der Verband muss faltenfrei angelegt werden.
5. Der Pflegebedürftige soll sich im Verband wohlfühlen.

Ist eine kontinuierliche Kompressionsbehandlung der unteren Extremitäten erforderlich, ist der Einsatz von Kompressionsstrümpfen oder Kompressionsstrumpfhosen angezeigt. Es gibt vier Kompressionsklassen:

Kompressionsklasse I

Leichte Kompression (20 mm Hg). Geeignet zur Thromboseprophylaxe bei bettlägerigen Pflegebedürftigen. Vermindert bei gehfähigen Pflegebedürftigen das Schwere- und Müdigkeitsgefühl in den Beinen, ist aber zur eigentlichen Varikosebehandlung zu schwach.

Kompressionsklasse II

Mittelkräftige Kompression (30 mm Hg). Geeignet bei leichten Oedemen und stärkeren subjektiven Beschwerden bei mäßiger Varikose.

Kompressionsklasse III

Kräftige Kompression (40 mm Hg). Geeignet bei stark ausgeprägten Varizen, beim postthrombotischen Syndrom und beim Lymphoedem.

Kompressionsklasse IV

Sehr kräftige Kompression (60 mm Hg). Geeignet bei besonders schweren Fällen von therapieresistentem, ausgeprägtem Lymphoedem.

Literatur zu Kapitel 10:

Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung vom 20. Januar 1998, Bundesgesundheitsblatt I, 74, 80, zuletzt geändert durch Artikel 34 des Gesetzes vom 26. März 2007, Bundesgesundheitsblatt I, 378.

Bienstein C et al. (Hrsg.) (1997): Dekubitus. Die Herausforderung für Pflegende. Stuttgart, New York.

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

Böhme H (1998): Rechtsfragen bei der Pflegeplanung und -dokumentation. Pflegen Ambulant, 1, 46-49.

Böhme H (2001): Individuelle Blisterpackungen für die Patientenversorgung. Pflege- und Krankenhausrecht, 1, 11-13.

Böhme H (2001): Nochmals zur patientenindividuellen Verblisterung. Pflege- und Krankenhausrecht, 3, 66-69.

Böhme H (2002): Rechtsfragen zum Richten und Verteilen von Medikamenten. Pflege- und Krankenhausrecht, 2, 54-56.

Böhme, H. (2006): Falsche Anordnung – falsche Zubereitung – falsche Gabe. Die Schwester/ Der Pfleger, 5, 394-396.

Böhme, H. (2006): Verblistern durch Apotheker ist erlaubt. Pflege- & Krankenhausrecht, 4, 106-107.

Böhme H, Jacobs P (1997): Rechtsfragen bei ärztlichen Anordnungen. Die Schwester/Der Pfleger, 2, 149-152.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte – Bundesopiumstelle: Richtlinien über Maßnahmen zur Sicherung von Betäubungsmittelvorräten im Krankenhausbereich, in öffentlichen Apotheken, Arztpraxen sowie Alten- und Pflegeheimen (Stand: 1.1.2007).

Quelle 15.10.2009: http://www.bfarm.de/clin_012/nn_424412/SharedDocs/Publikationen/DE/Bundesopiumstelle/BtM/rechtsgrund/sicherung4114-k,templateId=raw,property=publication-File.pdf/sicherung4114-k.pdf

Carr E (1997): Evaluating the use of pain assessment tool and care plan: a pilot study. Journal of Advanced Nursing, 26, 6, 1073-1079.

Chapman C, Syrjala K (2001): Measurement of pain. Loeser J D et al. (2001): Bonica's management of pain. Hong Kong, Sydney, Tokyo, 310 ff.

Daumann S (2003): Wundmanagement und Wunddokumentation. Stuttgart.

DBfK Landesverband Berlin-Brandenburg und Mecklenburg-Vorpommern (2003): Brennpunkt Medikamentengabe. Informationsbroschüre für Pflegende und Pflegeeinrichtungen. Berlin.

Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2004): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. 2. Auflage. Osnabrück.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2005): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück.

- Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2009): Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück.
- Eibl-Eibesfeldt B, Kessler S (1997): Verbandlehre. München, Wien, Baltimore.
- Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch Institut (1999): Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle Katheterassoziierter Harnwegsinfektionen. Bundesgesundheitsblatt 42, 806-809.
- European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) (1998): Pressure Ulcer Treatment Guidelines. Quelle 15.10.2009 <http://www.epuap.org/gltreatment.html>
- Fischer T. (2008): Schmerzeinschätzung bei Menschen mit Demenz. Die Schwester/Der Pfleger, 1, 20-24.
- Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und zur Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16. Dezember 2003.
- Gesetz über das Apothekenwesen in der Fassung vom 21. August 2002.
- Großkopf R (1998): Die Pflegedokumentation aus haftungsrechtlicher Sicht. PflegeRecht, 6, 126-131.
- Hubert A (2002): Das Tracheostoma. Pflegen Ambulant, 1, 20-23.
- Kasper M, Kraut D (2000): Atmung und Atemtherapie – Ein Praxishandbuch für Pflegenden. Bern et al.
- Keim M (2001): Cuffinduzierte Trachealschäden 1. Teil. Die Schwester/Der Pfleger, 2, 156-161.
- Keim, M (2001): Cuffinduzierte Trachealschäden 2. Teil. Die Schwester/Der Pfleger, 3, 252-255.
- Kieschnik H, Mybes U (1999): Organisation der Medikamentenversorgung für Bewohner/-innen von Altenpflegeheimen. KDA, Thema 148. Köln.
- Kirsch F et al. (2002): Fachpflege Beatmung – Überwachung und Pflege des beatmeten Patienten. München, Jena.
- Kirschnick O (2006): Pflorgetechniken von A-Z. Stuttgart.
- Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch-Institut (2005): Infektionsprävention in Heimen. Bundesgesundheitsblatt 48, 1061-1080.
- Köther I (2007): Thiemes Altenpflege. Stuttgart, New York.
- Lobnig M, Hambücker J (2003): Beatmung – Praxishandbuch für Pflegenden. Bern et al.
- McCaffery M, Beebe A und Latham, J (1997): SCHMERZ: Ein Handbuch für die Pflegepraxis. Übersetzer Villwock U HG, Osterbrink J, VOL. 1 Berlin, Wiesbaden, 12.
- McCaffery M, Pasero C (1999): Pain Clinical Manual. 2. Auflage.. St Louis.
- MDS (2001) Grundsatzstellungnahme Dekubitusprophylaxe und Therapie. Essen.
- MDS (2003): Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. Essen.
- MDS (2005): Grundsatzstellungnahme Pflegeprozess und Dokumentation. Essen.

- Menke N (2007): Pflege Heute. 4. Auflage. München. Jena.
- Panfil E, Mayer H, Evers G (2004): Entwicklung des „Wittener Aktivitätenkatalogs der Selbstpflege bei venös bedingten offenen Beinen“. Pflege, 17, 18-25.
- Phillips J (2001): Dekubitus und Dekubitusprophylaxe. Bern et al.
- Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut (2002): Prävention der nosokomialen Pneumonie. Bundesgesundheitsblatt 43, 302-309.
- Protz K (2004): Ulcus cruris venosum. Forum Sozialstation. 2, 38-42.
- Richtlinie des Bundesausschusses für Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von „häuslicher Krankenpflege“ nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V (2008).
- Robert-Koch-Institut (2002). Dekubitus. Gesundheitsberichterstattung. Berlin.
- Saffé MS, Sträßner H (1998): Die Delegation ärztlicher Tätigkeit auf nichtärztliches Personal aus haftungsrechtlicher Sicht. PflegeRecht 10-11, 226-230.
- SEG 2 Pflege (Hrsg.) (2005): Grundsatzstellungnahme zum An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege. München, Münster.
- Senatsverwaltung für Gesundheit Berlin, Referat Kranken- und Altenpflege (Hrsg.) (1992.): Pflege auf dem Prüfstand. Rechtsfragen der Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Pflegendende. Rechtsgutachten erteilt durch Böhme H. Berlin.
- Sträßner H (2005): Duplik auf Roßbruch – Zur Anordnungs- und Dokumentationsverantwortung des Arztes. PflegeRecht, 3, 103-114.
- Warden V, Hurley A, Volicer L (2003). Development and Psychometric Evaluation of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) Scale. J Am Med Dir Assoc, 4, 9-15.
- Weiss T (1999): Akzeptanz und Wertschätzung. Altenpflege, 5, 48-49.
- Weiss T (1999): Die Delegation ärztlicher Tätigkeiten an Krankenpflegekräfte. Pflege- & Krankenhausrecht, 4, 98-101.
- Weiss T (2002): Sensible Daten. Altenpflege, 2, 48-49.
- WHO (1996): Cancer pain relief: with a guide to opiod availability. 2. Auflage World Health Organisation. Genf.
- Wong D et al. (2001): Wong's essentials of Pediatric Nursing. St. Louis.
- Wulf H, Neugebauer E, Maier C (1997): Die Behandlung akuter perioperativer und posttraumatischer Schmerzen: Empfehlungen einer interdisziplinären Expertenkommission. Stuttgart, New York.
- Zastrow C von (2004): Die Verordnung von Blasenspülungen als Maßnahme der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V. o.O .

11. Mobilität

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

Erläuterung zur Prüffrage 11.1: Keine.

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

Erläuterung zur Prüffrage 11.2:

Einschränkungen in der Bewegungsfähigkeit und die ggf. notwendigen Hilfen sind zu beschreiben. Genutzte Hilfsmittel zur Mobilisation und zur Lagerung sind zu beschreiben, sowie die notwendigen personellen Hilfen.

Unter 11.2e ist die selbstständige Veränderung der Sitzposition zu berücksichtigen.

M/T14/B					
11.3	Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 11.3:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Mobilität vereinbart wurden, diese Leistungen vereinbarungsgemäß durchgeführt und nachvollziehbar in der Pflegedokumentation dokumentiert wurden.

Erläuterung zur Prüffrage 11.3:

Die Frage bezieht sich auf alle Leistungen, die Verrichtungen zur Mobilität beinhalten.

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn

- vereinbarte Maßnahmen fach- und sachgerecht durchgeführt wurden und
- die Entwicklung der Mobilität aus der Pflegedokumentation nachvollziehbar ist.

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

Erläuterung zur Prüffrage 11.4: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Verschiedene Faktoren, die das Sturzrisiko erhöhen, konnten wissenschaftlich identifiziert werden. Ebenso ist nachgewiesen, dass mit der Anzahl der vorliegenden Faktoren das Sturzrisiko deutlich steigt. Bei den Risikofaktoren kann unterschieden werden zwischen den Faktoren, die die sturzgefährdete Person mit sich bringt (intrinsische Faktoren) und solchen Faktoren, die von außen auf die Person einwirken (extrinsische Faktoren):

Intrinsische Faktoren:

- Funktionseinbußen und Funktionsbeeinträchtigungen
 - Probleme mit der Körperbalance/dem Gleichgewicht
 - Gangveränderungen/eingeschränkte Bewegungsfähigkeit
 - Erkrankungen, die mit veränderter Mobilität, Motorik und Sensibilität einhergehen (z.B. Multiple Sklerose, Parkinson, Apoplex, Polyneuropathie, Osteoarthritis, Krebserkrankungen)
- Sehbeeinträchtigungen
 - reduzierte Kontrastwahrnehmung
 - reduzierte Sehschärfe
 - ungeeignete Brillen
- Beeinträchtigung der Kognition und Stimmung
 - Demenz
 - Depression
 - Delir
- Erkrankungen, die zu kurzzeitiger Ohnmacht führen
 - Hypoglykämie
 - Haltungsbedingte Hypotension
 - Herzrhythmusstörungen
 - Transitorisch ischämische Attacke
 - Epilepsie
- Inkontinenz
 - Dranginkontinenz
 - Probleme beim Toilettengang
- Angst vor Stürzen/Sturzvorgeschichte

Extrinsische Faktoren:

- Verwendung von Hilfsmitteln
- Schuhe (Kleidung)
- Medikamente
 - Psychopharmaka
 - Antidepressiva
 - Neuroleptika
 - Sedativa/Hypnotika
 - Benzodiazepine
- Umgebungsgefahren innerhalb von Räumen und Gebäuden
 - schlechte Beleuchtung
 - steile Treppen
 - mangelnde Haltemöglichkeiten
 - glatte Böden
 - Stolpergefahren (Teppichkanten, herumliegende Gegenstände, Haustiere)
- Umgebungsgefahren außerhalb von Räumen und Gebäuden
 - unebene Gehwege und Straßen
 - mangelnde Sicherheitsausstattung (z.B. Haltemöglichkeiten, Beleuchtung)
 - Wetterverhältnisse

M/B					
11.5	Wurde bei vorliegendem Sturzrisiko eine Beratung durchgeführt?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 11.5:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn der Zeitpunkt der Beratung, die Beratungsinhalte und die evtl. Ablehnung der Empfehlungen des Pflegedienstes dokumentiert sind.

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

Erläuterung zur Prüffrage 11.6: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Ein bestehendes Dekubitusrisiko wird ggf. mit Hilfe einer Skala zur Ermittlung des Dekubitusrisikos (z.B. Braden-Skala, Norton-Skala) erkannt und eingeschätzt. Die Anwendung solcher Skalen erleichtert die Einschätzung des Dekubitusrisikos, bereits bevor eine Rötung eingetreten ist. Ebenso erleichtert die Nutzung solcher Skalen die laufende Dokumentation. Die mit Abstand am häufigsten und in unterschiedlichen Settings getestete Skala ist die Braden-Skala. Die Einschätzung des Dekubitusrisikos sollte bei allen Pflegebedürftigen erfolgen, bei denen eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann, unmittelbar zu Beginn des pflegerischen Auftrags und danach in individuell festgelegten Abständen sowie unverzüglich bei Veränderungen der Mobilität, der Aktivität und des Druckes u.a. mit Hilfe einer standardisierten Einschätzungsskala.

M/B	
11.7	Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und geeignete Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs beraten (z.B. Bewegungsplan, Einsatz von Hilfsmitteln, Hautinspektion)?

ja nein t.n.z. E.

Erläuterung zur Prüffrage 11.7:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn der Zeitpunkt der Beratung, die Beratungsinhalte und die evtl. Ablehnung der notwendigen Maßnahmen nachvollziehbar dokumentiert sind.

M/T11/B	
11.8	Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?

ja nein t.n.z. E.

Ausfüllanleitung zu 11.8:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn ein pflegebedürftiger Mensch Leistungen der Grundpflege erhält, ein Dekubitusrisiko erkennbar ist und dieses in der Pflegedokumentation berücksichtigt wurde.

Wenn ein Dekubitusrisiko erkennbar ist, erfolgt die Risikoeinschätzung mit dem Leistungsbeginn in der Grundpflege. Danach soll in individuell festgelegten Abständen oder bei Veränderungen im zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang mit den erbrachten Leistungen ein Eintrag in der Pflegedokumentation erfolgen.

Erläuterung zur Prüffrage 11.8:

Diese Frage trifft nur zu, wenn eine Leistung der Grundpflege vereinbart ist.

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn bei bestehender Dekubitusgefährdung eine aktuelle, systematische Einschätzung der Dekubitusgefährdung vorliegt.

Aktuell bedeutet, dass die letzte Einschätzung mit dem vorgefundenen Zustand übereinstimmt.

M/T12/B	
11.9	Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?

ja nein t.n.z. E.

Ausfüllanleitung zu 11.9:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen die Leistung Lagern vereinbart ist und die dekubitusgefährdet sind, Lagerungs- und Bewegungstechniken ggf. unter Verwendung erforderlicher Hilfsmittel, haut- und gewebeschonend durchgeführt wurden.

Erläuterung zur Prüffrage 11.9: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Erforderliche Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe basieren auf den Ressourcen/Risiken und werden in der Pflegeplanung berücksichtigt. Maßnahmen zur Erleichterung der Eigenbewegung und Nutzung der Bewegungsreserven des Pflegebedürftigen sind dabei von besonderer Bedeutung.

Notwendige Lagerungen/Maßnahmen zur Bewegungsförderung werden über einen Bewegungsplan unter Berücksichtigung der Prinzipien der aktivierenden Pflege geplant, durchgeführt und dokumentiert. Die Intervalle zur geplanten Bewegungsförderung/Druckentlastung müssen individuell bestimmt und planmäßig durchgeführt werden. Der Hautzustand ist regelmäßig einzuschätzen und das Ergebnis zu dokumentieren.

Zur Vermeidung zusätzlicher Hautverletzungen durch inadäquate Lagerungs- und Transfer-techniken ist es notwendig, geeignete Techniken (z.B. Bobath, Kinästhetik) nicht nur theoretisch zu erlernen, sondern auch einzuüben. Die Anwendung der haut- und gewebeschonenden Lagerungs-, Bewegungs- und Transfertechniken kann durch die Prüfer während der Prüfung des Pflegezustandes wahrgenommen werden.

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. Antidekubitusmatratzen ersetzen grundsätzlich nicht die regelmäßige Umlagerung/Bewegung des Pflegebedürftigen. Die Antidekubitusmatratzen sind entsprechend der Herstellerangaben einzusetzen (z.B. bei Wechseldruckmatratzen Anpassung der Druckeinstellung an das Körpergewicht). Grundsätzlich sollte das Lagern eines Pflegebedürftigen die Selbständigkeitsförderung bzw. -erhaltung zum Ziel haben. Von besonderer Bedeutung ist die unverzügliche Anwendung einer für den Pflegebedürftigen geeigneten, druckreduzierenden Unterlage bzw. druckreduzierender Hilfsmittel. Eine Schaumstoffmatratze reicht oft neben der Berücksichtigung weiterer prophylaktischer Maßnahmen zur Vermeidung eines Druckgeschwürs aus. 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 Hohlagerung 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.

Ungeeignete Hilfsmittel zur Lagerung sind Lagerungsringe (Druckerhöhung an den Rändern), Felle, Watteverbände und Wassermatratzen (Wirksamkeit nicht nachgewiesen oder unwirksam).

Es ist sicherzustellen, dass alle an der Pflege und Betreuung Beteiligten das Dekubitusrisiko und die notwendigen Maßnahmen kennen. Dies setzt voraus, dass in der Pflegedokumentation alle erforderlichen Informationen nachvollziehbar hinterlegt sind.

M/Info		ja	nein
11.10	Liegt ein Kontrakturrisiko vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Von:		
	Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/>		
	Pflegedienst übernommen <input type="checkbox"/>		

Erläuterung zur Prüffrage 11.10:

Hier nimmt der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu, ob aus seiner Sicht Anhaltspunkte für ein Kontrakturrisiko bestehen. Ist die Frage mit „ja“ zu beantworten, erfolgt die Bearbeitung der Frage 11.11.

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn Hinweise in der Pflegedokumentation bzw. aktuelle Beobachtungen beim Pflegebedürftigen darauf hindeuten, dass bereits Kontrakturen bestehen oder ein Bewegungsmangel besteht.

Zur Beurteilung des Kontrakturrisikos sind u.a. die Angaben unter 11.2 zu berücksichtigen.

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
11.11	Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen bei Kontrakturgefahr über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Lagerungs- und Bewegungsplan, aktive und passive Bewegungsübungen, Einsatz geeigneter Hilfsmittel)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 11.11:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn der Zeitpunkt der Beratung, die Beratungsinhalte und die evtl. Ablehnungen der notwendigen Maßnahmen nachvollziehbar dokumentiert sind.

M/T13/B		ja	nein	t.n.z.	E.
11.12	Werden die individuellen Risiken hinsichtlich der Kontrakturen bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 11.12:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen der Grundpflege vereinbart wurden, erkennbar Kontrakturrisiken vorliegen, im Rahmen der vereinbarten Leistungen diese Risiken nachvollziehbar dokumentiert und sofern möglich im zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang mit der Leistungserbringung berücksichtigt wurden (z.B. im Rahmen der vereinbarten Leistung Körperpflege im Bett oder Lagern ggf. eine physiologische Lagerung erfolgt oder im Rahmen der vereinbarten Leistung Mobilität ggf. Bewe-

gungsförderungen erfolgen). Der Nachweis hierüber kann auch im Einzelfall ergänzend im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung erfolgen.

Erläuterung zur Prüffrage 11.12:

Diese Frage trifft nur zu, wenn eine Leistung der Grundpflege vereinbart ist.

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn

- bei bestehendem Kontrakturrisiko die Gelenke (große und kleine) hinsichtlich ihrer Beweglichkeit eingeschätzt werden. Dies beinhaltet auch die Nennung der gefährdeten Gelenke.
- im Rahmen der vereinbarten Leistungen individuell angemessene Maßnahmen geplant, durchgeführt und dokumentiert sind.

Sprechen bei erhöhtem Kontrakturrisiko medizinische oder pflegerische Gründe gegen Lagerung oder Mobilisation, muss dies begründet und nachvollziehbar dokumentiert sein.

Fachlicher Hintergrund:

Eine Kontraktur ist immer Folge mangelnder Bewegung des betroffenen Gelenks. Eine Reihe von Ursachen kann dazu führen, dass der Pflegebedürftige die Gelenke nicht mehr bewegt, z.B. bei:

- Immobilität, Bettlägerigkeit
- Inaktivität (z.B. durch Extension oder Gips)
- Lähmungen und anderen neurologischen Erkrankungen
- Schonhaltung bei chronischen Schmerzen
- Pflege- und Behandlungsfehler, hier insbesondere die Entstehung eines Spitzfußes

Es gibt verschiedene Formen von Kontrakturen:

- Beugekontrakturen
- Streckkontrakturen (z.B. mit Spitzfußstellung)
- Abduktionskontrakturen
- Adduktionskontrakturen

Eine Einschätzung der Situation sollte bei Aufnahme der Versorgung erfolgen sowie regelmäßig im Rahmen der Evaluation der Pflegeplanung und bei akuten pflegerelevanten Veränderungen, um bei Einschränkungen in der Mobilität sofort prophylaktische Maßnahmen ergreifen zu können oder die Maßnahmenplanung anzupassen.

Maßnahmen der Kontrakturenprophylaxe setzen sich zusammen aus:

- Mobilisierung
- Lagerung
- aktiven/assistiven/passiven Bewegungsübungen
- Maßnahmen eines ressourcenorientierten aktivierenden Pflegekonzepts

Eine regelmäßige Mobilisation sollte Bestandteil der Kontrakturprophylaxe sein.

Mobilität erhalten durch:

- Beibehaltung der normalen Tag- und Nacht-Kleidung
- Vermeidung des Bettes, z.B. durch ausreichende und bequeme Sitzgelegenheiten innerhalb und außerhalb des Zimmers, Beschäftigungsangebote verstärkt außerhalb des Zimmers, essen außerhalb des Zimmers, ausreichendes Angebot von Bewegungshilfen
- Eigenständigkeit fördern
- Motivation zur Aktivität und Bewegung

Pflegebedürftige sollen so oft wie möglich an die Bettkante mobilisiert werden. Maßnahmen zur Thromboseprophylaxe tragen gleichzeitig zur Verhütung von Kontrakturen bei (z.B. Bewegen der Füße und Zehen etc.).

Durch wechselnde Lagerungen können die Bewegungsübungen ergänzt bzw. unterstützt werden.

Die Lagerungen können in Rücken-, Seiten- oder Bauchlage unter Berücksichtigung der Neutral-Null Stellung erfolgen. Sie sollten unter Beachtung/Klärung des Dekubitusrisikos/Dekubitusprophylaxe auf möglichst harter Matratze erfolgen.

Verzicht auf (Super-) Weichlagerung, um Spontanbewegungen nicht zu hemmen unter Beachtung des Dekubitusrisikos.

Die physiologische Lagerung kann erreicht werden, durch die Positionierung der Gelenke in Mittelstellung mit regelmäßigen Lagewechseln, Vermeidung von Druck z.B. durch die Bettdecke.

Bei Pflegebedürftigen mit Halbseitenlähmung verhindert eine Lagerung nach dem Bobath-Konzept das Auftreten von Muskelspasmen und beseitigt so eine Hauptursache späterer Kontrakturen.

Lagerungen sollten so gestaltet sein, dass es zu möglichst wenig Überdehnung oder Verkürzung der Muskeln kommt. Lagerungen sollen Bewegung zulassen und die Muskelspannung günstig beeinflussen.

Generell gilt für Pflegebedürftige, die gelagert werden müssen: So viele Lagerungshilfsmittel wie nötig, so wenig wie möglich.

Bewegungsübungen können aktiv, assistiv, oder passiv durchgeführt werden. Dabei sind die folgenden allgemeinen Regeln zu beachten:

- Mit den kleinen Gelenken beginnen.
- Gelenke in allen physiologischen Bewegungsebenen bewegen.
- Jedes gefährdete Gelenk einzeln bewegen, die benachbarten Gelenke „fixieren“.

Es sollten Pflegemaßnahmen im Rahmen eines ressourcenorientierten aktivierenden Pflegekonzepts durchgeführt werden. Das bedeutet, dass Maßnahmen zur Kontrakturprophylaxe in andere Pflegehandlungen integriert werden können (z.B. bei der Körperpflege, beim An- und Auskleiden etc.). (Integrierte Prophylaxe)

Kinästhetik unterstützt und nutzt die Bewegungsressourcen. Außerdem fördert das kinästhetische Konzept die Bewegungsentwicklung. Geschwächte Pflegebedürftige sollten daher in ihrer natürlichen Bewegung frühzeitig unterstützt werden.

Durch Basale Stimulation werden verschiedene Sinne angeregt. Berührung, optische Anregungen, Schwerkrafterfahrung, Lagewechsel und Bewegung spielen eine wichtige Rolle und können die Eigenwahrnehmung und Eigenaktivität unterstützen.

Bei Pflegebedürftigen mit Spastikneigung im Rahmen von Bewegungsübungen immer von zentral nach peripher beginnen.

Pflegebedürftige sind während der Bewegungsübungen genau auf Schmerzäußerungen hin zu beobachten. Bei jeder Lagerung müssen Sekundärerkrankungen und Schmerzschwellen des Pflegebedürftigen berücksichtigt werden.

Des Weiteren können eine angepasste, ausreichende Schmerzmedikation sowie der Einsatz geeigneter Hilfsmittel bei Gangunsicherheit die selbständige Mobilisation verbessern und somit Kontrakturen vorbeugen.

Als Hilfsmittel zur Kontrakturprophylaxe kommen z.B. Fußstützen, Gummipollenbälle für Grifftraining und Strickleitern zum Hochziehen in Frage.

Beim Einsatz von Hilfsmitteln ist eine einseitige und dauerhafte Anwendung zu vermeiden. Beispielsweise kann eine Knierolle einer Streckkontraktur entgegenwirken, aber durch lang andauernden Einsatz eventuell eine Beugekontraktur auslösen. Durch den regelmäßigen Einsatz von Liftern und Aufstehhilfen verlernt der Pflegebedürftige die physiologische, eigenaktive Nutzung der Beine.

Zur Spitzfußprophylaxe dienen Bettbogen und Schaumstoffquader im Bett. Beim Sitzen auf einem Stuhl oder Sessel ist ein adäquater Bodenkontakt der Füße herzustellen. Vorsicht ist geboten bei Dauerreiz auf die Fußsohlen bei Pflegebedürftigen mit Schlaganfall. Dies kann Spastiken verstärken.

Wechseldrucksysteme können im Einzelfall Spastiken auslösen. Vor diesem Hintergrund sollte der Einsatz der Systeme von der Einrichtung hinterfragt werden.

Literatur zu Kapitel 11:

Abt-Zegelin A (2005): Leiden durch Liegen. Die Schwester/Der Pfleger, 6, 462-466.

Bartholomeyczik S, Halek, M (Hrsg.) (2009): Assessmentinstrumente in der Pflege. Hannover.

Becker C, Lindemann U, Rissmann U (2003): Sturzprophylaxe, Sturzgefährdung und Sturzverhütung in Heimen. Hannover.

Berning A (2007): Prophylaxen in der Pflegepraxis. München-Jena.

Bienstein C et al. (Hrsg.) (1997): Dekubitus. Die Herausforderung für Pflegenden. Stuttgart, New-York.

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (2007): Pflegedokumentation stationär. Das Handbuch für die Pflegeleitung. Bonn.

Deutsches Netzwerk zur Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2004): Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. 2. Auflage. Osnabrück.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (DNQP) (Hrsg.) (2005): Sturzprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück.

Hartnick A (2006): Lagerung in Neutralstellung (LiN). Die Schwester/Der Pfleger, 9, 719-724.

- Hesse F et al. (2003): Lösen Antidekubitusmatratzen Spastiken aus? Orthopädie-Technik, 9, 640-646.
- Huber G (2000): Aspekte einer guten Patientenlagerung. Die Schwester/Der Pfleger, 3, 236-239.
- Huhn S (2002): Sturzrisiko erkennen und ausschalten. Im Alter Stürzen – auf keinen Fall. Forum Sozialstation, 117, 14.
- Huhn S (2006): Anerkannter Standard oder Stand der Lehre – dargestellt am Beispiel der Sturzprophylaxe. Völker World, Hannover 3-5.
- Huhn S (2009): Zeitgemäße Sturzprophylaxe: Sturzrisiken erfolgreich reduzieren, Die Schwester/Der Pfleger, 2, 112-119.
- Kamphausen U (2009): Prophylaxen in der Pflege. Stuttgart.
- KDA (2002): „Do’s“ und „Don’ts“ in der Dekubitusprophylaxe. Neueste Erkenntnisse der Dekubitusprophylaxe in der Pflege. Praktische Empfehlungen zum Nationalen Expertenstandard. Pro Alter, Sonderdruck. Köln.
- KDA (2003): Häusliche Pflege in Balance. Sich bewegen können, II/165, II/166, II/49, Prävention und Prophylaxen II/189. Köln.
- KDA (2007): „Stürze lassen sich nicht verhindern“. Pro Alter Sonderdruck. Köln.
- Menke N (2007): Pflege Heute. 4. Auflage. München, Jena.
- Phillips J (2001): Dekubitus und Dekubitusprophylaxe. Bern et al.
- Runge M (1998): Gehstörungen, Stürze, Hüftfrakturen. Darmstadt.
- Schewior-Popp S, Sitzmann F, Ullrich L (Hrsg.) (2009): Thiemes Pflege. 11. Auflage. Stuttgart.
- Schürenberg A (2009): Bewegungsunterstützung: Patienten nicht „hängen lassen“, Teil 1. Die Schwester/Der Pfleger, 2, 124-127.
- Zegelin A (2005): Festgenagelt sein. Der Prozess des Bettlägerigwerdens. Bern et al.
- Zenneck HU et al. (2002): Altenpflege/Geriatrie. Hamburg.

12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info		
12.1	Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung	
a.	Aktuelles Gewicht	kg
b.	Aktuelle Größe	cm
c.	BMI (kg/m ²)	
d.	Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden
e.	Flüssigkeitsversorgung	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten <input type="checkbox"/> kein Speichelsee unter Zunge

Erläuterung zur Prüffrage 12.1a-e: Keine.

Erläuterung zur Prüffrage 12.1d:

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

Fachlicher Hintergrund:

Zu Beginn des pflegerischen Auftrags wie auch im weiteren Verlauf sind Risiken und Anzeichen für Mangelernährung zu erfassen bzw. zu ergänzen.

Die Expertengruppe Ernährungsmanagement des DNQP empfiehlt auch für Menschen in der häuslichen bzw. ambulanten Pflege im Rahmen des Erstkontakts eine Einschätzung (Screening) für Mangelernährung durchzuführen. Sie empfiehlt eine Wiederholung alle drei Monate. Eine erneute Einschätzung muss nach Ereignissen erfolgen wie z.B. fieberhafte Infektionskrankheiten, aber auch einschneidenden Lebensereignissen.

Dabei sollten einzelne anthropometrische Werte, wie das Gewicht oder der BMI (Body Mass Index) in einem Screening-Verfahren nicht überbewertet werden. Im Bereich der ambulanten Pflege ist zu berücksichtigen, dass eine Gewichtskontrolle in der häuslichen Umgebung aufgrund fehlender geeigneter Personenwaagen häufig nur sehr eingeschränkt möglich ist. Den Verlaufsbefunden und der Beurteilung des Gesamtbildes kommt in diesem Zusammenhang eine größere Bedeutung zu.

Neben äußerlichen Erscheinungsmerkmalen und den Informationen zur aufgenommenen Nahrung wird, falls durchführbar, das aktuelle Körpergewicht, die Körpergröße und ggf. der BMI erfasst – diese Parameter sind jedoch erst durch eine Verlaufsbefundung und im Verbund mit weiteren Parametern aussagekräftig. Bei den Gewichtsangaben ist zu überprüfen, ob die Angaben in der Pflegedokumentation mit der Schätzung des Prüfers übereinstimmen und ob die Angaben plausibel sind.

Neben groben Anzeichen für einen Nahrungs- bzw. Flüssigkeitsmangel sind hier insbesondere unbeabsichtigte Gewichtsverluste von Bedeutung (mehr als 5% in 1-3 Monaten, mehr als 10% in 6 Monaten). Veränderungen in der Nahrungsmenge und Veränderungen des Bedarfs sind darüber hinaus relevant.

Bei den Angaben zur Flüssigkeitsversorgung handelt es sich um Anzeichen, die auf eine Exsikkose hinweisen können, es handelt sich nicht um sichere Exsikkosezeichen.

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

t.n.z.

Erläuterung zur Prüffrage 12.2: Keine.

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

ja nein

Erläuterung zur Prüffrage 12.3:

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

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn Hinweise in der Pflegedokumentation bzw. aktuelle Beobachtungen beim Pflegebedürftigen darauf hindeuten, dass ein Selbstpflege-defizit im Bereich der Ernährung besteht.

Besteht zwischen dem Prüfer und dem Pflegedienst kein Konsens, bzw. erfolgte seitens der Einrichtung keine Einschätzung, wird gemeinsam das Ernährungsrisiko mittels des Mini Nutritional Assessments – Short Form (MNA-SF) (www.mna-elderly.com/forms/mna_german.pdf, siehe Voranamnese) erhoben. Das Ergebnis ist zu dokumentieren.

Bei einem ungewollten relevanten Gewichtsverlust kann man grundsätzlich von einem Ernährungsrisiko ausgehen und es kann auf den MNA-SF verzichtet werden.

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

Erläuterung zur Prüffrage 12.4:

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

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

Fachlicher Hintergrund:

Hinweise auf Risiken/Hilfebedarf im Bereich der Flüssigkeitszufuhr können sein:

- Hinweise auf verminderte Flüssigkeitsaufnahme (z.B. wenn bereits ein Trinkprotokoll geführt wird, bzw. wiederholte Hinweise im Verlaufsbericht)
- Hinweise auf erhöhten Flüssigkeitsbedarf (z.B. Fieber, Diarrhoe)
- aktuelle oder beschriebene Symptome der Dehydratation (z.B. Blutdruckabfall bei gleichzeitigem Anstieg der Pulsfrequenz, stehende Hautfalten, trockene Schleimhäute, fehlender Speichelsee unter der Zunge, zunehmende Lethargie/Verwirrheitszustände, stark konzentrierter Urin)

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
12.5	Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Flüssigkeitsversorgung beraten (z.B. Angaben zur Trinkmenge, Einsatz geeigneter Hilfsmittel, Berücksichtigungen individueller Besonderheiten, Vorlieben, Abneigungen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 12.5:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn der Zeitpunkt der Beratung, die Beratungsinhalte und evtl. Ablehnungen der vorgeschlagenen zusätzlichen Leistungsinhalte/Maßnahmen nachvollziehbar dokumentiert sind.

Fachlicher Hintergrund:

Die Aufklärung des Pflegebedürftigen/der Pflegeperson über Risiken und Symptome eines Flüssigkeitsmangels in adressatengerechter Form gehört zu den Kernkompetenzen einer Pflegefachkraft.

Neben speziellen Informationen, wie Empfehlungen zu Darreichungsformen (z.B. Verdickungsmittel) und angepassten Hilfsmittel kann eine Beratung der Pflegebedürftigen/ Pflegepersonen auch zur Selbstreflexion bzw. Selbsthilfe bei der Wahl der geeigneten Getränke anregen.

M/T5/B	
12.6	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Flüssigkeitsdefiziten?

ja nein t.n.z. E.

Ausfüllanleitung zu 12.6:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen bei der Erbringung von Pflegeleistungen ein Flüssigkeitsdefizit sichtlich erkennbar ist und der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger auf mögliche Hilfen oder Abklärungsmöglichkeiten (z.B. Arzt) hingewiesen wurde.

Erläuterung zur Prüffrage 12.6:

Hinweise müssen anhand von Einträgen in der Pflegedokumentation oder Aussagen des pflegebedürftigen Menschen oder dessen Angehörigen nachvollziehbar sein.

M/T4/B	
12.7	Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?

ja nein t.n.z. E.

Ausfüllanleitung zu 12.7:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Unterstützung bei der Flüssigkeitsaufnahme vereinbart wurden, die individuellen Ressourcen und Risiken zur Flüssigkeitsversorgung in der Pflegedokumentation berücksichtigt wurden.

Erläuterung zur Prüffrage 12.7: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Bei Pflegebedürftigen, bei denen aufgrund eines Selbstpflegedefizits in diesem Bereich Pflegeleistungen erbracht werden, sind die individuellen Ressourcen bei der Flüssigkeitsversorgung, wie z.B. die Vorlieben, Abneigungen und Gewohnheiten beim Trinken in der Pflegedokumentation zu erfassen. Darüber hinaus ist der Pflegebedürftige auf Zeichen von Flüssigkeitsmangel bzw. im Hinblick auf geringe Trinkmengen (1000 ml/Tag über mehrere Tage) zu beobachten. Bei bestehenden Symptomen wie Diarrhoe oder Fieber ist ein erhöhter Flüssigkeitsbedarf zu berücksichtigen.

Bei Pflegebedürftigen mit einem vorliegenden Risiko bei der Flüssigkeitsversorgung ist eine tiefer gehende Einschätzung der Flüssigkeitsversorgung und der sie beeinflussenden Faktoren vorzunehmen.

M/T3/B	
12.8	Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?

ja nein t.n.z. E.

Ausfüllanleitung zu 12.8:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Flüssigkeitsaufnahme vereinbart wurden, diese Leistungen vereinbarungsgemäß durchgeführt und nachvollziehbar in der Pflegedokumentation dokumentiert wurden.

Erläuterung zur Prüffrage 12.8: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Zu den vereinbarten Leistungen gehört in der Regel das Herrichten von Getränken, die situationsgerechte Lagerung sowie die Unterstützung bei der notwendigen Flüssigkeitszufuhr inklusive der Hygiene im Zusammenhang mit der Flüssigkeitszufuhr.

M/B	
12.9	Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über Risiken und erforderliche Maßnahmen zur Ernährung beraten (z.B. Angaben zur Nahrungsmenge, individuelle Gewichtskontrollen, Einsatz geeigneter Hilfsmittel, Berücksichtigung individueller Besonderheiten, Vorlieben, Abneigungen, Diäten, Unverträglichkeiten)?

ja nein t.n.z. E.

Erläuterung zur Prüffrage 12.9:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn der Zeitpunkt der Beratung, die Beratungsinhalte und evtl. Ablehnungen der vorgeschlagenen zusätzlichen Leistungsinhalte/Maßnahmen nachvollziehbar dokumentiert sind.

Fachlicher Hintergrund:

Die Aufklärung des Pflegebedürftigen/der Pflegeperson über Risiken, Symptome und Folgen einer Mangelernährung in adressatengerechter Form gehört zu den Kernkompetenzen einer Pflegefachkraft.

Neben praktischen Hinweisen wie z.B. zum Umgang mit Hilfsmitteln bei funktionalen Einschränkungen, zur Ergänzung der Ernährung mit Supplementen (z.B. Trinknahrung) oder Strategien zur Erhöhung der Nahrungsaufnahme bei demenzerkrankten Menschen (z.B. Fingerfood) kann eine Beratung auch zur Selbstreflexion bzw. Selbsthilfe bei der Auswahl der geeigneten Ernährung anregen. Nicht gemeint ist hier eine fachlich detaillierte Ernährungsberatung, die ausschließlich von Diätassistenten und Ernährungswissenschaftlern durchgeführt werden kann.

M/T8/B	
12.10	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Ernährungsdefiziten?

ja nein t.n.z. E.

Ausfüllanleitung zu 12.10:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen bei der Erbringung von Pflegeleistungen ein Ernährungsdefizit sichtlich erkennbar ist und der pflegebedürftige

Mensch bzw. sein Angehöriger auf mögliche Hilfen oder Abklärungsmöglichkeiten (z.B. Arzt) hingewiesen wurde.

Erläuterung zur Prüffrage 12.10:

Hinweise müssen anhand von Einträgen in der Pflegedokumentation oder Aussagen des pflegebedürftigen Menschen oder dessen Angehörigen nachvollziehbar sein.

Fachlicher Hintergrund:

Mögliche Hinweise für ein Ernährungsdefizit können sein:

- unbeabsichtigter Gewichtsverlust
- auffällig geringe Essmenge
- zu weit gewordene Kleidung

M/T7/B		ja	nein	t.n.z.	E.
12.11	Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 12.11:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Ernährung/ Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme vereinbart wurden, die individuellen Ressourcen und Risiken zur Ernährung in der Pflegedokumentation berücksichtigt wurden.

Erläuterung zur Prüffrage 12.11: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Bei Pflegebedürftigen, bei welchen aufgrund eines Selbstpflegedefizits in diesem Bereich Pflegeleistungen erbracht werden sind die individuellen Ressourcen, wie z.B. die Vorlieben, Abneigungen und Gewohnheiten im Zusammenhang mit der Ernährung (Essbiografie) zu eruieren. Darüber hinaus ist das Ernährungsrisiko bei jedem Pflegebedürftigen zu erfassen (mindestens zu Beginn des pflegerischen Auftrags), ggf. mit Hilfe eines Screening-Instruments (z.B. MNA).

Bei Pflegebedürftigen mit vorliegendem Risiko oder Anzeichen einer Mangelernährung ist eine tiefer gehende Einschätzung der Ernährungssituation und der sie beeinflussenden Faktoren (Assessment) zu erheben.

M/T6/B		ja	nein	t.n.z.	E.
12.12	Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 12.12:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Nahrungsaufnahme vereinbart wurden, diese Leistungen vereinbarungsgemäß durchgeführt und nachvollziehbar in der Pflegedokumentation dokumentiert wurden.

Erläuterung zur Prüffrage 12.12: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Zu den vereinbarten Leistungen gehört in der Regel die mundgerechte Zubereitung der Nahrung, die situationsgerechte Lagerung sowie die Unterstützung bei der Nahrungszufuhr in jeder Form (fest, flüssig) wie auch die Verwendung von Besteck oder anderer geeigneter Geräte, um Nahrung zum Mund zu führen. Die Hygiene im Zusammenhang mit der Nahrungsaufnahme ist darin enthalten.

Wird die Nahrung über eine Ernährungssonde verabreicht, umfasst die Hilfe bei der Nahrungsaufnahme folgende Leistungen:

- Aufbereitung der Sondennahrung
- Anhängen des Applikationssystems
- Aufrichten und Lagern
- sachgerechte Verabreichung der Sondenkost
- Säuberung der Sonde und benötigter Gebrauchsgegenstände
- Entsorgung der Abfallprodukte der Sondennahrung

M/T2/B		ja	nein	t.n.z.	E.
12.13	Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 12.13:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Ernährung/Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme vereinbart wurden, in der Pflegedokumentation die auf die Maßnahmen der Ernährung/Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme bezogenen Wünsche nachvollziehbar dokumentiert und bei der Umsetzung berücksichtigt sind. Der Nachweis der Berücksichtigung kann im Einzelfall ergänzend auch über teilnehmende Beobachtung während der Prüfung erfolgen.

Erläuterung zur Prüffrage 12.13:

Dies bedeutet,

- vereinbarte und geplante Maßnahmen werden unter Berücksichtigung der Wünsche laut Pflegedokumentation (z.B. Durchführungsnachweis) erkennbar erbracht,
- Abweichungen von geplanten Maßnahmen werden dokumentiert und begründet.

Fachlicher Hintergrund:

Hilfreich bei der Erfassung von individuellen Wünschen kann bei demenzkranken Pflegebedürftigen die Erfassung der Ess- und Trinkbiografie bzw. die Erfassung biografischer Besonderheiten zu den einzelnen Mahlzeiten sein. Eventuell ist hier ein Ausprobieren unterschiedlicher Möglichkeiten notwendig und ggf. müssen kurzfristige Änderungen/Anpassungen erfolgen. Neben der Veränderung des Hilfebedarfs und der Risiken sind auch aktuelle Veränderungen in den Wünschen und Bedürfnissen (z.B. Abneigungen und Vorlieben bestimmten Speisen gegenüber) zu berücksichtigen.

Literatur zu Kapitel 12:

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit Sozialordnung, Familie und Frauen (2006). Ratgeber für die richtige Ernährung bei Demenz. München, Basel.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2009): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Sonderdruck. Osnabrück.

Kolb Ch (2004): Nahrungsverweigerung bei Demenzkranken. Frankfurt.

BUKO-QS (Hrsg.) (2008): Qualitätsniveau II: Orale Nahrungs- und Flüssigkeitsversorgung von Menschen in Einrichtungen der Pflege und Betreuung. Landsberg.

Zieres G, Weibler U. (2008): Essen ist Leben. Ein Praxisratgeber für die Ernährung älterer Menschen. Dienheim.

13. Ausscheidung

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

t.n.z.

Erläuterung zur Prüffrage 13.1: Keine.

M/Info		
13.2	Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?	
	Von:	
	Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>
	Pflegedienst übernommen	<input type="checkbox"/>

ja nein

Erläuterung zur Prüffrage 13.2:

Die Prüffrage umfasst die Darm- und Blasenentleerung. Hier nimmt der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu, ob aus seiner Sicht Anhaltspunkte für Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz vorliegen.

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn Hinweise in der Pflegedokumentation bzw. aktuelle Beobachtungen beim Pflegebedürftigen darauf hindeuten, dass ein Selbstpflege-defizit im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz besteht.

Fachlicher Hintergrund:

Hinweise auf Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz:

- Personenbezogene Risikofaktoren: z.B. kognitive/körperliche Einschränkungen, Erkrankungen (z.B. Demenz, Schlaganfall), Medikamente (z.B. Diuretika, Neuroleptika), Belastungen des Beckenbodens durch Schwangerschaft, Veränderungen der Prostata, Obstipation
- Umgebungsbedingte Risikofaktoren: z.B. Faktoren, die die Erreichbarkeit, Nutzbarkeit, Zugänglichkeit von Toiletten erschweren (schlechte Beleuchtung, fehlende Haltegriffe usw.)

- Pflegerelevante Beobachtungen: z.B. Verstecken, Waschen bzw. Trocknen von verunreinigter Wäsche, Harn- oder StuhlgGeruch, häufiges Umziehen, häufige Toilettengänge, Stürze im Zusammenhang mit Toilettengängen, Hautveränderungen im Intimbereich, Eingeschränkte Fähigkeit, Bedürfnisse und Wünsche hinsichtlich des Ausscheidungsvorgangs zu äußern (Scham- bzw. Ekelgefühl, Angst, Demenz und Kommunikations-einschränkungen), Isolation, ständiger Harndrang, Brennen beim Wasserlassen

M/B	
13.3	Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen über erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Kontinenztrainingsplan, Miktionsprotokoll, Einsatz von Hilfsmitteln, personeller Hilfebedarf z.B. beim Aufsuchen der Toilette, Hautinspektion)?

ja nein t.n.z. E.

Erläuterung zur Prüffrage 13.3:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn der Zeitpunkt der Beratung, die Beratungsinhalte und die evtl. Ablehnungen der notwendigen Maßnahmen nachvollziehbar dokumentiert sind.

Fachlicher Hintergrund:

Die Information des Pflegebedürftigen/der Pflegeperson über Risiken oder Ursachen für eine Inkontinenz und über geeignete Maßnahmen zur Kontinenzhaltung bzw. zum Umgang mit Inkontinenz in zielgruppenorientierter Sprache gehört zu den Kernkompetenzen einer Pflegefachkraft.

Neben praktischen Hinweisen wie z.B. zum Umgang mit Hilfsmitteln wie Urinflasche und Toilettenstuhl kann das Wissen um spezielle Produkte im Rahmen einer Beratung dazu beitragen situationsgerecht und dem jeweiligen Kontinenzprofil entsprechend versorgen zu können.

M/T9/B	
13.4	Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?

ja nein t.n.z. E.

Ausfüllanleitung zu 13.4:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Ausscheidung vereinbart wurden, die individuellen Ressourcen und Risiken zu den Ausscheidungen in der Pflegedokumentation berücksichtigt wurden.

Erläuterung zur Prüffrage 13.4:

Die Prüffrage umfasst die Darm- und Blasenentleerung.

Fachlicher Hintergrund:

Der Erfassung von Ressourcen und Risiken von Pflegebedürftigen im Bezug auf Inkontinenz bzw. mit Blasenkathetern kommt eine große Bedeutung zu. Es gilt insbesondere die subjektive Sicht der Betroffenen zu dieser Problematik zu erfassen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass Inkontinenz und Kontinenzförderung tabuisierte Themen und bei vielen Menschen schambesetzt sind. Einfühlungsvermögen, Diskretion und Orientierung am individuellen Fall gilt es daher unbedingt zu beachten.

Aktuelles Wissen zu Risikofaktoren ist notwendig, um frühzeitig präventive Maßnahmen einleiten zu können.

Bei der Informationssammlung bzw. der Pflegeanamnese sind die individuellen Ressourcen/Fähigkeiten und die Probleme der Pflegebedürftigen mit Inkontinenz oder Blasenkatetern zu ermitteln und zu beschreiben.

Nach Meinung der Expertenarbeitsgruppe „Kontinenzförderung“ sollten im Rahmen der Informationssammlung folgende Initialfragen gestellt werden:

- Verlieren Sie ungewollt Urin?
- Verlieren Sie Urin, wenn Sie husten, lachen oder sich körperlich betätigen?
- Verlieren Sie Urin auf dem Weg zur Toilette?
- Tragen Sie Einlagen/Vorlagen, um Urin aufzufangen?
- Verspüren Sie häufig Harndrang?
- Müssen Sie pressen, um Wasser zu lassen?

Die Pflegefachkraft wiederholt die Einschätzung zur Kontinenz bei Veränderung der Pflegesituation und in individuell festgelegten Zeitabständen. Empfohlen wird die Einschätzung im Rahmen der Pflegeanamnese bei Aufnahme der Versorgung routinemäßig durchzuführen, im Anschluss nach ein bis zwei Monaten und dann in einem dreimonatigen Intervall.

Sind Risikofaktoren und/oder Anzeichen für eine Harninkontinenz erkannt, muss eine differenzierte Einschätzung erfolgen und die Ergebnisse dokumentiert werden.

Zur differenzierten Einschätzung zählt die Durchführung einer ausführlichen Anamnese inklusive körperlicher Untersuchung (z.B.: Gewichtserfassung, Auffälligkeiten im Genitalbereich, Medikamente, Symptomatik der Inkontinenz, Einschätzung körperlicher und geistiger Fähigkeiten, Führung eines Miktionsprotokolles, 24-h-Vorlagegewichtstest, ggf. vom Arzt angeordnete Bestimmung des Restharnvolumens und eine Urinanalyse um einen Harnwegsinfekt auszuschließen). Der behandelnde Arzt ist ggf. einzubeziehen, z.B. im Kontext mit der Durchführung von diagnostischen Maßnahmen.

Die Einrichtung bedient sich eines Instrumentes zur Einschätzung der Inkontinenz beispielsweise durch Führen von Miktionsprotokollen. Das Miktionsprotokoll hat in der Problemanalyse der Harninkontinenz einen hohen Stellenwert. Der Zeitraum, über den ein Miktionsprotokoll zu führen ist, hängt von den individuellen Risikofaktoren der Betroffenen ab. Empfohlen wird ein Zeitraum von drei bis fünf Tagen, dabei muss zwischen Aufwand und Nutzen abgewogen werden.

Das Miktionsprotokoll kann Auskunft geben über die Anzahl und das Volumen der Miktion, Häufigkeit des ungewollten Urinverlustes, situative Bedingungen, die zu Urinverlust führen, Inanspruchnahme von Hilfeleistungen beim Toilettengang und Trinkgewohnheiten. Angehörige sollten nur nach Rücksprache mit dem Betroffenen und dessen Erlaubnis (sofern keine Betreuung vorliegt), einbezogen werden.

Zudem lässt sich der Grad der Kontinenz anhand eines Kontinenzprofils darstellen (s. nachfolgende Tabelle).

Profil	Merkmal	Beispiel
Kontinenz	Kein unwillkürlicher Harnverlust. Keine personelle Hilfe notwendig. Keine Hilfsmittel.	
Unabhängig erreichte Kontinenz	Kein unwillkürlicher Harnverlust. Keine personelle Unterstützung notwendig. Selbständige Durchführung von Maßnahmen.	z.B. Pflegebedürftige, die durch eigenständige Medikamenteneinnahme, eigenständigen Gebrauch von mobilen Toilettenhilfen, intermittierenden Selbst-Katheterismus oder Durchführung von Trainingsmaßnahmen (z.B. Blasentraining) keinen unwillkürlichen Urinverlust haben.
Abhängig erreichte Kontinenz	Kein unwillkürlicher Harnverlust. Personelle Unterstützung bei der Durchführung von Maßnahmen notwendig.	z.B. Pflegebedürftige mit begleiteten Toilettengängen zu individuellen/festgelegten Zeiten oder bei denen ein Fremdkatheterismus durchgeführt wird.
Unabhängig kompensierte Inkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust. Keine personelle Unterstützung bei der Versorgung mit Hilfsmitteln.	Es kommt zu einem unwillkürlichen Harnverlust, aber der Umgang mit Inkontinenzhilfsmitteln (aufsaugende Hilfsmittel, Kondomurinal, Blasenverweilkatheter) erfolgt selbständig.
Abhängig kompensierte Inkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust. Personelle Unterstützung bei der Inkontinenzversorgung ist notwendig.	Kompensierende Maßnahmen werden von einer anderen Person übernommen.
Nicht kompensierte Inkontinenz	Unwillkürlicher Harnverlust. Personelle Unterstützung und therapeutische bzw. Versorgungsmaßnahmen werden nicht in Anspruch genommen.	Dieses Profil trifft beispielsweise auf Betroffene zu, die nicht über ihre Inkontinenz sprechen wollen und deshalb keine personelle Hilfe oder Hilfsmittel in Anspruch nehmen bzw. aufgrund kognitiver Erkrankungen nicht akzeptieren.

Tabelle: Kontinenzprofile

Des Weiteren sollten, nach Feststellung einer Inkontinenz, andere Berufsgruppen wie z.B. Arzt, Krankengymnast hinzugezogen werden, um abzuwägen, ob die vorliegende Form der Inkontinenz modifizierbar ist.

Die Erfassung von Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit der Stuhlausscheidung sind im Hinblick auf das Wohl des Pflegebedürftigen ebenfalls von großer Bedeutung. In diesem Zusammenhang sind die Gewohnheiten und der Grad der Selbständigkeit zu erfassen, um hier eine gezielte pflegerische Unterstützung zu gewährleisten. Hierzu gehört auch die Versorgung und Pflege eines Stomas. Neben Frequenz und Menge sind die Stuhlausscheidungen auch auf Konsistenz, Farbe, Geruch und Beimengungen hin zu beobachten – insbesondere Veränderungen der Stuhlgewohnheiten unter sonst gleichen Bedingungen sind hier relevant. Symptome wie Obstipation und Diarrhoe sind zu erfassen.

M/T10/B	
13.5	Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?

ja nein t.n.z. E.

Ausfüllanleitung zu 13.5:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung vereinbart wurden, diese Leistungen vereinbarungsgemäß durchgeführt und nachvollziehbar in der Pflegedokumentation dokumentiert wurden.

Erläuterung zur Prüffrage 13.5:

Die Prüffrage umfasst die Darm- und Blasenentleerung.

Fachlicher Hintergrund:

Zu den vereinbarten Leistungen gehört in der Regel die

- Unterstützung bei der physiologischen Blasen- und Darmentleerung.
- Unterstützung bei Inkontinenz (z.B. Urinal, Inkontinenzvorlagen, Stomapflege).
- Beratung bei Ausscheidungsproblemen.
- Intimhygiene und die zugehörige Hautpflege.
- Säuberung des Pflegebereiches von den Verunreinigungen durch Ausscheidungen sowie ggf. die Entsorgung von Ausscheidungen ggf. das zugehörige An-/Auskleiden.

Literatur zu Kapitel 13:

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2007): Expertenstandard Förderung der Harnkontinenz in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück.

Doenges ME et al. (2002): Pflegediagnosen und Maßnahmen. Bern et al.

Hayder D, Sirsch E (2005): Inkontinenz in der häuslichen Versorgung Demenzkranker. Praxisreihe der Deutschen Alzheimer Gesellschaft, Band 8. Berlin.

Hayder D, Müller M, Kuno E (2008): Kontinenz – Inkontinenz – Kontinenzförderung, Praxishandbuch für Pflegenden. Bern.

Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch Institut (1999): Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle Katheterassoziierter Harnwegsinfektionen. Bundesgesundheitsblatt 42, 806-809. Koch-Institut.

Menke N (2007): Pflege Heute. 4. Auflage. München. Jena.

Norton Ch (1999): Praxishandbuch – Pflege bei Inkontinenz. München.

Piechota HJ, Pannek J (2003): Katheterdrainage des Harntraktes, Stand der Technik und Perspektiven. Der Urologe, 8, 1060-1069.

Schewior-Popp S, Sitzmann F, Ullrich L (Hrsg.) (2009): Thiemes Pflege. 11. Auflage. Stuttgart.

Van der Weide M (2001): Inkontinenz. Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen. 1. Auflage. Bern et al.

14. Umgang mit Demenz

Diese Fragen sind bei allen pflegebedürftigen Menschen zu beantworten, bei denen eine gerontopsychiatrische Diagnose ärztlich festgestellt wurde.

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

Erläuterung zur Prüffrage 14.1: Keine.

M/B		ja	nein	t.n.z.	E.
14.2	Werden Pflegebedürftige/Pflegepersonen bei einer vorliegenden Demenz über Risiken und erforderliche Maßnahmen beraten (z.B. Selbstgefährdung, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten, Tagesstrukturierung)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 14.2:

Das Kriterium ist mit „t.n.z.“ zu bewerten, wenn keine gerontopsychiatrische Erkrankung ärztlich festgestellt wurde.

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn der Zeitpunkt der Beratung, die Beratungsinhalte und die evtl. Ablehnungen der notwendigen Maßnahmen nachvollziehbar dokumentiert sind.

Fachlicher Hintergrund:

Es ist bekannt, dass bei Menschen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen die Prinzipien der Stetigkeit (Tagesstrukturierung im Sinne eines sich wiederholenden Tagesablaufes, Kontinuität der Pflegebeziehung, der Gesundheitssituation angepasste Kommunikation ggf. 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), der Sicherheit und Geborgenheit (Vermeidung von Alleinsein bei Angstzuständen, Zuwendung durch Lächeln, freundliche Gesten etc.) positive Effekte auf die Lebensqualität haben. Die auf dieser Basis geplanten Maßnahmen und Tagesstrukturierungen sollten auch eine Bewegungsförderung umfassen. Die Berücksichtigung dieser Aspekte trägt zur Förderung der Selbständigkeit und der Selbstbestimmung dieser Personengruppe bei. Das Risikomanagement z.B. bei Sturzgefährdung muss eine gewisse Sicherheit bieten, aber eine „Sicherheitsverwahrung“ ausschließen.

MT15/B	
14.3	Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?

ja nein t.n.z. E.

Ausfüllanleitung zu 14.3:

Das Kriterium ist erfüllt, wenn die vereinbarte Pflegeleistung bei pflegedürftigen Menschen, bei denen eine gerontopsychiatrische Diagnose ärztlich festgestellt wurde, auf der Grundlage der pflegerelevanten Biografie (Vorlieben, Abneigungen oder Gewohnheiten) durchgeführt wird.

Das Kriterium ist mit „t.n.z.“ zu bewerten, wenn keine entsprechende ärztliche Diagnose vorliegt.

Erläuterung zur Prüffrage 14.3: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Biografiearbeit oder Erinnerungsarbeit ist einer der wichtigsten Türöffner im Umgang mit demenziell erkrankten Menschen. Biografiearbeit ist sowohl für die älteren Menschen und ihre Angehörigen als auch für hauptamtliche und freiwillige Mitarbeiter von ambulanten Diensten eine wesentliche Bereicherung und stellt eine essenzielle Grundlage für viele Konzepte wie beispielsweise Validation, Mäeutik und Selbst-Erhaltungs-Therapie dar. Durch Erinnerungen wird im Pflegealltag „lustvoll Zeit gestaltet“, verbliebene Fähigkeiten werden angesprochen, die Sinne angeregt, Interessen geweckt und verlorene Fähigkeiten gefördert.

Neben der Pflegeanamnese ist die Biographie die Basis für die Pflege und Begleitung von Menschen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen. Dabei ist die Einbeziehung von Angehörigen eine der wichtigsten Maßnahmen. Angehörige helfen bei der Interpretation schwieriger Verhaltensweisen und ebenso bei der nonverbalen Kommunikation mit den Pflegebedürftigen.

Neben den Angehörigen können sehr enge Freunde Hinweise zur Biografie der alten Menschen geben. Dazu gehört nicht nur das Wissen über Vorlieben und Abneigungen, Hobbys und Bildung, sondern vor allem auch die Kenntnisse über Gefühle und Situationen.

Neben der Religion können vor allem regional bedingte Lebensbereiche prägend sein. Bei Männern spielen vielleicht verstärkt Erlebnisse auf dem Fußballplatz, der Frühschoppen nach dem sonntäglichen Kirchengang oder die Arbeit bei einem Hauptarbeitgeber der Region (z.B. Stahlwerk, Behörde, Fischerei oder Landwirtschaft) eine Rolle. Bei Frauen stehen unter Umständen die Erlebnisse auf dem Kinderspielplatz, die Gespräche beim Kaffeeklatsch und beim Frisör oder auch die Arbeit beim Hauptarbeitgeber der Region (z.B. Textilindustrie, Behörde, Gaststättengewerbe) im Vordergrund. Ältere Männer und Frauen können auch wesentlich durch die Mitgliedschaft in einer Partei geprägt sein. Regional und lokal bedeutsame Lebenswelten spielen bei vielen Menschen ebenfalls eine große Rolle, zum Beispiel Pfarr- und Schützenfeste.

Bei Befragungen sind allerdings Stereotypen zu vermeiden (z.B. jede Hausfrau kocht gern, jeder Mann liebt Fußball) um die wirklichen Vorlieben und Abneigungen ermitteln zu können.

M/T16/B	
14.4	Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert?

ja nein t.n.z. E.

Ausfüllanleitung zu 14.4:

Das Kriterium ist erfüllt, wenn vom Arzt eine gerontopsychiatrische Diagnose festgestellt wurde und wenn Angehörige Tipps und Hinweise zum Umgang mit Demenz bekommen haben. Nachweise anhand von Pflegedokumentation (z.B. Hinweise auf Broschüren, Selbsthilfegruppen, Internetadressen).

Das Kriterium ist mit „t.n.z.“ zu bewerten, wenn keine entsprechende ärztliche Diagnose vorliegt.

Erläuterung zur Prüffrage 14.4: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Die Kommunikation mit den Angehörigen ist nicht nur für das Kennenlernen wichtig, sondern kann auch dazu beitragen, eventuelle Missstimmungen zwischen Angehörigen und Mitarbeitern zu verringern. Der Informationsaustausch hilft den Angehörigen, den Pflegedienst kennen zu lernen, er bietet Gelegenheit, Kritik und Anliegen zu äußern und Verständnis für die Arbeitsweisen der Mitarbeiter zu entwickeln.

Eine professionell standardisierte (nicht zufällige) Angehörigenarbeit ist das Gegenteil von zufälliger, ungeplanter Angehörigen-Begegnung und ermöglicht auch ein individuell angepasstes Reagieren in der aktuellen Situation.

Instrumente zur Angehörigenarbeit können sein:

- Hausbesuche der Mitarbeiter vor Übernahme
- regelmäßige Sprechstunden
- Informationsmaterial für Angehörige zum Pflegedienst und Krankheitsbild
- Info-Mappe
- Tag der offenen Tür
- Angehörigengruppen zum Erfahrungsaustausch
- Angehörigenseminare
- Bezugspersonenpflegesystem (u.a. mit Ansprechpartnern für Angehörige)
- Formen der Mitarbeit von Angehörigen (KEINE LÜCKENBÜSSER!!)
- Einbeziehung der Angehörigen in Pflegeplanung (z.B. durch die Pflegevisite) oder
- auch im Rahmen der Sterbebegleitung

Der systematische Einbezug von Angehörigen kann einen wesentlichen Beitrag zu einer „klientenorientierten“ Pflege und Betreuung leisten, innerhalb derer auch institutionelle organisatorische Vorgaben immer wieder hinterfragt werden und sich dadurch an den Bedürfnissen und dem Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen orientieren.

Literatur zu Kapitel 14:

- Böhm E (2009): Verwirrt nicht die Verwirrten., 14. Auflage. Bonn.
- Böhmer M (2000): Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen. Ansätze für eine frauenorientierte Altenarbeit. Frankfurt.
- BMG (Hrsg.) (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Berlin.
- Coestner F (2004): Qualitätsmessinstrumente in der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz. Kuratorium Deutsche Altershilfe Reihe thema, Band 193. Köln.
- Fuchs-Frohnhofer P, Riesner Ch, Borutta M (2008): Integra - Gute Arbeit und gute Pflege für demenzkranke alte Menschen. Ergebnisse und Perspektiven eines Modellprojekts. Marburg.
- Gregor B (2005): Wohlbefinden messen. Altenheim, 3, 14-18.
- Hirt R (2003): Biografearbeit zwischen Erinnerung und Therapie. Jena.
- Kerkhoff B, Halbach A (2002): Biographisches Arbeiten. Beispiele für die praktische Umsetzung. Hannover.
- Kitwood T (2000): Demenz. Der personenzentrierte Ansatz im Umgang mit verwirrten Menschen. Bern et al.
- Koordinierungsstelle der Landesinitiative Demenz-Service NRW im KDA (2005): Wie geht es Ihnen?. Konzepte und Materialien zur Einschätzung des Wohlbefindens von Menschen mit Demenz. Demenz-Service Band 3. Köln.
- Maciejewski B et al. (2001): Qualitätshandbuch Leben mit Demenz. Köln.
- Müller-Hergl Ch, Innes A (2004): Die Dementia Care Mapping Methode (DCM). Anwendung und Erfahrung mit Tom Kitwoods personenzentriertem Ansatz. Bern et al.
- Powell J (2000): Hilfen zur Kommunikation bei Demenz, Köln.
- Remmers H (2006): Zur Bedeutung biographischer Ansätze in der Pflegewissenschaft. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 6,183-191.
- Riesner C (2005): Die Entwicklung personenzentrierter Pflege für Menschen mit Demenz im Rahmen eines Modellprojekts; Masterarbeit der Pflegewissenschaft an der Universität Witten/Herdecke.
- Rutenkröger A, Kuhn Ch (2008): Evaluationsstudie zur Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle. Stuttgart.
- Schilder M (2007): Lebensgeschichtliche Erfahrungen in der stationären Altenpflege, eine qualitative Untersuchung pflegerischer Interaktionen und ihrer Wahrnehmung durch pflegebedürftige Personen und Pflegenden. Bern et al.

15. Körperpflege und sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 15.2: Keine.

M/T1/B	
15.3	Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?

ja nein t.n.z. E.

Ausfüllanleitung zu 15.3:

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Körperpflege vereinbart wurden, in der Pflegedokumentation die auf die Maßnahmen der Körperpflege bezogenen Wünsche nachvollziehbar dokumentiert und bei der Umsetzung berücksichtigt sind. Der Nachweis der Berücksichtigung kann im Einzelfall ergänzend auch über teilnehmende Beobachtung während der Prüfung erfolgen.

Erläuterung zur Prüffrage 15.3:

Dies bedeutet,

- vereinbarte und geplante Maßnahmen werden unter Berücksichtigung der Wünsche laut Pflegedokumentation (z.B. Durchführungsnachweis) erkennbar erbracht,
- Abweichungen von geplanten Maßnahmen werden dokumentiert und begründet.

Fachlicher Hintergrund:

Die Notwendigkeit einer täglichen, nahezu vollständigen Körperwaschung ist für einen Großteil der pflegebedürftigen Menschen gegeben, wenn z.B. Unsicherheiten im Umgang mit Nahrung und Inkontinenz bestehen. Unter Berücksichtigung aktueller Versorgungskonzepte ist die „notwendige“ Versorgung am persönlichen Bedarf und den Gewohnheiten des Pflegebedürftigen sowie an seinem Aktivierungspotenzial zu orientieren. In diesem Sinn muss bei der Maßnahmenplanung eine Abwägung zwischen den Wünschen des Pflegebedürftigen und den hygienisch notwendigen Maßnahmen erfolgen.

M/T28/B					
15.4	Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde?	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>	E. <input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 15.4:

Das Kriterium ist erfüllt, wenn anhand der Pflegedokumentation oder eines anderen schriftlichen Nachweises die Durchführung eines Erstgesprächs belegt wird.

Die Frage ist mit „t.n.z.“ zu bewerten, wenn

- der Zeitpunkt des Erstgesprächs länger als zwei Jahre zurück liegt oder
- mit dem pflegebedürftigen Menschen aufgrund kognitiver Defizite ein Erstgespräch nicht geführt werden konnte oder
- wenn der pflegebedürftige Mensch das Angebot nicht angenommen hat.

Erläuterung zur Prüffrage 15.4: Keine.

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

Erläuterung zur Prüffrage 15.5:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn

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

Fachlicher Hintergrund:

Die Steuerung des Pflegeprozesses ist im Zuständigkeitsbereich des SGB XI ein vorbehaltener Aufgabenbereich für Pflegefachkräfte. Dies ergibt sich aus dem indirekten Berufsrecht, insbesondere dem SGB XI sowie den Gemeinsamen Grundsätzen und Maßstäben zur Qualität nach § 80 SGB XI.

Für die Durchführung verschiedener Handlungen wird zwischen formaler (Aus-, Weiterbildung) und materieller (Kenntnisse, Fähigkeiten, Fertigkeiten) Qualifikation unterschieden. Maßstab zur Beurteilung der formalen Qualifikation sind insbesondere die Ausbildungsgesetze für die Pflegeberufe.

Für die Pflegefachberufe liegen bundesweit gültige Gesetze vor. Dabei handelt es sich um das Gesetz über die Berufe in der Krankenpflege und zur Änderung anderer Gesetze vom 16. Juli 2003 (Gesundheits- und Krankenpflegerin bzw. -pfleger, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin bzw. -pfleger) und das Altenpflegegesetz (Altenpflegerin bzw. -pfleger), in der geänderten Fassung der Bekanntmachung vom 25. August 2003. Diese beiden Gesetze gelten seit dem 1. August 2003. Auch die darauf aufbauenden Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen (vom 26. November 2002 für die Altenpflege; vom 10. November 2003 für die Gesundheits- und Krankenpflege) gelten bundesweit.

Für die Durchführung allgemeiner Pflegeleistungen kann davon ausgegangen werden, dass bei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. -pflegern, Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen bzw. -pflegern sowie Altenpflegerinnen bzw. -pflegern die formale Qualifikation vorliegt. Auch bei vor dem 1. August 2003 begonnenen mindestens zweijährigen Altenpflegeausbildungen kann davon ausgegangen werden, dass die formale Qualifikation für die Durchführung allgemeiner Pflegeleistungen vorliegt.

Für die Mitwirkung an medizinischer Diagnostik und Therapie (Behandlungspflege) kann davon ausgegangen werden, dass die formale Qualifikation bei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen bzw. -pflegern (alt Krankenschwestern/-pflegern), Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen bzw. -pflegern (alt Kinderkrankenschwestern/-pflegern) sowie Altenpflegerinnen bzw. -pflegern vorliegt. Bei vor dem 1. August 2003 begonnenen dreijährigen Altenpflegeausbildungen kann auch davon ausgegangen werden, dass die formale Qualifikation für die Mitwirkung an medizinischer Diagnostik und Therapie (Behandlungspflege) vorliegt. Für vor dem 1. August 2003 begonnene zweijährige Altenpflegeausbildungen ist im Einzelfall zu prüfen, ob eine entsprechende Qualifikation besteht.

Nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 24. Oktober 2002 obliegt die Regelungskompetenz für Ausbildungen in der Altenpflegehilfe weiterhin den Bundesländern. Das Urteil hatte auch Auswirkungen auf die Regelungskompetenz für die Krankenpflegehilfeausbildung. Diese wurde ab 1. August 2003 ebenfalls in der Regelungskompetenz der Bundesländer überführt.

Die Ausbildung zur Krankenpflegehelferin ist auf Versorgung und Assistenz ausgerichtet. Für Krankenpflegehelferinnen bzw. -helfer, deren Ausbildung vor dem 1. August 2003 nach der Ausbildungs- und Prüfungsordnung für die Berufe in der Krankenpflege begonnen wurde, liegt für einzelne allgemeine Pflegeleistungen sowie für einzelne Maßnahmen zur Mitarbeit an der ärztlichen Diagnostik und Therapie (Behandlungspflege) die formale Qualifikation vor. Dies lässt sich 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) herleiten.

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“

Krankenpflegehelferinnen, die vor dem 31. August 2003 ihre Ausbildung begonnen haben, verfügen aufgrund ihrer Ausbildung somit über die formale Qualifikation zur selbständigen Durchführung bzw. Mithilfe bei der Durchführung der oben genannten Verrichtungen.

Zur Beurteilung der formalen Qualifikation bei Ausbildungen in der Krankenpflegehilfe die nach dem 1. August 2003 begonnen wurden, müssen die Ausbildungs- und Prüfungsverordnungen in den Bundesländern herangezogen werden. Es kann davon ausgegangen werden, dass in diesen in weiten Teilen die Ausbildungsinhalte der bisherigen Ausbildungs- und Prüfungsverordnung auf Bundesebene übernommen wurden. Dies gilt z.B. für die Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für den Beruf der Krankenpflegehelferin im Land NRW vom 28. November 2003.

Bei Altenpflegehelferinnen bzw. -helfern ist hingegen nach wie vor mit sehr heterogenen Ausbildungsinhalten zu rechnen. Sonstige Hilfskräfte verfügen über keine formale Qualifikation.

Insbesondere dann, wenn sich aus der Berufsausbildung der einzusetzenden Pflegekräfte keine formale Qualifikation ergibt, ist die verantwortliche Pflegefachkraft dafür verantwortlich, dass die im Einzelfall erforderliche materielle Qualifikation vorliegt. Das ist 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 XI ambulante Pflege)

Fachliche Anleitung bedeutet insbesondere:

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

M/B	
15.6	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter des Pflegedienstes bei akuten Ereignissen entnommen werden?

ja nein t.n.z. E.

Erläuterung zur Prüffrage 15.6: Keine.

M/T17/B	
15.7	Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen die notwendigen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?

ja nein t.n.z. E.

Ausfüllanleitung zu 15.7:

Das Kriterium ist erfüllt, wenn bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen schriftliche Einwilligungen der pflegebedürftigen Menschen oder richterliche Genehmigungen vorliegen.

Sofern die freiheitseinschränkende Maßnahme wegen akuter Selbst- oder Fremdgefährdung (rechtfertigender Notstand) erfolgt, ist das Kriterium ebenfalls erfüllt, wenn dies aus der Pflegedokumentation ersichtlich ist und die Maßnahme nur kurzfristig erfolgt. Ggf. ist das Vormundschaftsgericht zu informieren.

Erläuterung zur Prüffrage 15.7: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Die gutachterliche Einschätzung wird unter pflegfachlichen Gesichtspunkten vorgenommen und darf nicht als rechtliche Beurteilung im Sinne des Betreuungsrechts verstanden werden.

Beispiele für freiheitsentziehende Maßnahmen sind:

1. Fixieren der Pflegebedürftigen durch mechanische Vorrichtungen
 - Anbringen von Bettgittern
 - Anlegen von Sitz-, Leib- oder Bauchgurten
 - Anlegen von Schutzdecken, Betttüchern oder Schlafsäcken
 - Befestigung von Therapie-/Stecktischen am (Roll-) Stuhl
 - Anlegen von Sicherheitsgurten am (Roll-) Stuhl
 - Anlegen von Handfesseln, Fußfesseln oder Körperfesseln
2. Einsperren des Menschen
 - Absperren der Wohnung oder des Zimmers
 - Verriegelung der dem Menschen bekannten und benutzbaren Ausgänge
 - komplizierte Schließmechanismen an Türen
 - hoch angebrachte Türgriffe
 - Drehknaufe
 - gesicherte Aufzüge

3. Verabreichung von sedierenden Medikamenten (Schlafmittel oder Psychopharmaka),
 - um den Menschen an der Fortbewegung im Haus oder am Verlassen des Hauses zu hindern.
 - um die Pflege zu erleichtern.
 - um Ruhe im Haus herzustellen.
4. Sonstige Vorkehrungen
 - Zurückhalten des Menschen
 - Wegnahme von Bekleidung und Schuhen, Sehhilfen, Fortbewegungsmitteln (z.B. Rollstuhl oder Gehwagen)
 - elektronische Maßnahmen (an der Kleidung, im Schuh oder am Handgelenk angebrachte Sender).

Bewertung von freiheitsentziehenden Maßnahmen bei völlig bewegungsunfähigen Pflegebedürftigen

Eine freiheitsentziehende Maßnahme kommt nur in Betracht, wenn der Mensch noch zu willkürlichen Fortbewegungen in der Lage ist. Bei einem vollständig Bewegungsunfähigen ist z.B. ein Bettgitter zum Schutz vor ungesteuerten oder unwillkürlichen Bewegungen keine freiheitsentziehende Maßnahme, da das Bettgitter die ohnehin nicht vorhandene Fortbewegungsfreiheit nicht einschränkt.

Zustimmung des pflegebedürftigen Menschen zu einer freiheitsentziehenden Maßnahme

Eine freiheitsentziehende Maßnahme ohne vormundschaftsgerichtliche Genehmigung ist nicht widerrechtlich, wenn der Betroffene in die Maßnahme wirksam eingewilligt hat. Ein pflegebedürftiger Mensch kann nur wirksam einwilligen, wenn er über den maßgeblichen natürlichen Willen verfügt und einsichtsfähig ist. Dabei kommt es nicht auf die Geschäftsfähigkeit, sondern auf die natürliche Einsichts- und Urteilsfähigkeit an. Der Pflegebedürftige muss die Bedeutung und Tragweite seiner Entscheidung erkennen können. Die Einwilligung bezieht sich jeweils auf die konkrete Situation. Die Einwilligung kann jederzeit widerrufen werden. Verliert der Mensch infolge einer Erkrankung die natürliche Einsichtsfähigkeit, ist auch seine vorher gegebene Einwilligung nicht mehr wirksam. Die wirksame Einwilligung des Pflegebedürftigen sollte in der Pflegedokumentation festgehalten werden. Es empfiehlt sich, die Einsichts- und Einwilligungsfähigkeit vom behandelnden Arzt in regelmäßigen Zeitabständen schriftlich bestätigen zu lassen.

Rechtfertigender Notstand

Freiheitsentziehende Maßnahmen können ausnahmsweise und für kurze Zeit unter den Voraussetzungen des rechtfertigenden Notstandes (§ 34 Strafgesetzbuch) zulässig sein, wenn keine Einwilligung zu erzielen ist. Dies trifft dann zu, wenn der pflegebedürftige Mensch in einer gegenwärtigen, nicht anders abwendbaren Gefahr für Leben, Körper, Freiheit oder Eigentum sich oder andere gefährdet. 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. Kurze Zeit bedeutet, dass eine Fixierung über einen Tag oder eine Nacht hinaus bereits eine Genehmigungspflicht auslöst. Als Höchstgrenze einer Fixierung ohne richterliche Genehmigung ist die Frist nach § 128 Strafprozessordnung anzusehen, danach ist die richterliche Entscheidung spätestens am Tag nach dem Beginn der freiheitsentziehenden Maßnahme herbeizuführen.

Richterliche Genehmigung

Bei nichteinwilligungsfähigen Personen können regelmäßige und dauerhafte freiheitsentziehende Maßnahmen nur durch einen Beschluss des zuständigen Vormundschaftsgerichtes legitimiert werden. Der Betreuer des betreffenden Menschen muss über die Notwendigkeit von regelmäßigen und dauerhaften freiheitsentziehenden Maßnahmen informiert werden, und er muss einen entsprechenden Antrag beim zuständigen Vormundschaftsgericht stellen. Es muss darauf geachtet werden, dass die Einwilligung des Betreuers in freiheitsentziehende Maßnahmen in seinen Aufgabenkreis fällt. Andernfalls ist auf eine Erweiterung des Aufgabenkreises hinzuwirken. Die Zustimmung des Betreuers zu regelmäßigen und dauerhaften freiheitsentziehenden Maßnahmen ist erst nach vormundschaftsgerichtlicher Genehmigung wirksam. Sonstige Personen, wie z.B. Angehörige, sind zur Einwilligung nicht befugt.

Die Entscheidung über die freiheitsentziehende Maßnahme ergeht durch Beschluss des zuständigen Vormundschaftsgerichts. Grundsätzlich darf sie erst vorgenommen werden, wenn die Genehmigung des Vormundschaftsgerichts vorliegt. Liegt Eilbedürftigkeit vor, kann das Vormundschaftsgericht um eine einstweilige Verfügung nach § 1846 BGB ersucht werden.

Lässt sich zwischen der Pflegeeinrichtung und dem zuständigen Betreuer keine Einigkeit über die Notwendigkeit der Durchführung von freiheitsentziehenden Maßnahmen erzielen, kann die Pflegeeinrichtung auch direkt deren Bewilligung beim zuständigen Vormundschaftsgericht beantragen.

Freiheitsentziehende Maßnahmen durch die Verabreichung von sedierenden Medikamenten (Schlafmittel oder Psychopharmaka) ohne ärztliche Verordnung sind ohne jede Einschränkung rechtswidrig.

Werden ärztlich verordnete sedierende Medikamente (Schlafmittel oder Psychopharmaka) ausschließlich als freiheitsentziehende Maßnahme verabreicht, bedarf die verordnete Medikation einer richterlichen Genehmigung. In der Praxis dürfte dies der Ausnahmefall sein. Bei ärztlich verordneten sedierenden Medikamenten (Schlafmittel oder Psychopharmaka) steht üblicherweise der therapeutische Effekt ganz im Vordergrund, so dass in diesen Fällen eine richterliche Genehmigung für die Verabreichung dieser Medikamente nicht erforderlich ist.

Literatur zu Kapitel 15:

Bayerisches Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen (2006): Verantwortungsvoller Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen in der Pflege. Leitfaden des Bayerischen Landespflegeausschusses. München.

Deutsches Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege (Hrsg.) (2006): Expertenstandard Sturzprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück.

Garms-Homolova V et al. (2009): Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Pflegebedarf. Frankfurt.

Klie T (1996): Lehrbuch Altenpflege. Rechtskunde. Das Recht der Pflege alter Menschen. Hannover.

Klie T, Pfundstein T, Stoffer FJ (Hrsg.) (2005): Pflege ohne Gewalt. Freiheitsentziehende Maßnahmen in Pflegeheimen. Entwicklung von Prävention und Handlungsstrategien. KDA Vorgelegt 72, Köln.

Stadt München, Heimaufsicht Oberbayern, MDK Bayern (2001): Zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen. Empfehlungen für Pflegefachkräfte. München.

16. Sonstiges

Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Zufriedenheit des Leistungsbeziehers

17. Zufriedenheit des Leistungsbeziehers

Befragungsinstruktion für die ambulante Pflege

Die Fragen zur Zufriedenheit sind vom Leistungsbezieher zu beantworten. Angehörige oder sonstige Pflegepersonen werden nicht befragt. Sofern ein Leistungsbezieher aufgrund von Demenzerkrankungen oder anderen Ursachen nicht auskunftsfähig ist, ist ein anderer Leistungsbezieher mit der gleichen Pflegestufe nach dem Zufallsprinzip für die Beantwortung der folgenden Fragen auszuwählen. Bei nichtauskunftsfähigen Minderjährigen können die Eltern bzw. sonstigen sorgeberechtigten Personen befragt werden.

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

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

Wenn der Leistungsbezieher sich bei einzelnen Fragen nicht vollständig zufrieden äußert, kann dies im Freitext erläutert werden.

Grundsätzlich sollte die Befragung nicht in Anwesenheit eines Mitarbeiters des Pflegedienstes durchgeführt werden, es sei denn der Pflegebedürftige wünscht dies.

M/Info		
17.1	Auftragsnummer:	
	Datum	Uhrzeit
		Nummer Erhebungsbogen

M/Info	
17.2	Angaben zum Pflegebedürftigen
a.	Name
b.	Pflegekasse
d.	Geburtsdatum
e.	Beginn der Versorgung durch den Pflegedienst
f.	Pflegestufe
	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Härtefall <input type="checkbox"/> nicht pflegebedürftig (SGB XI) <input type="checkbox"/> noch nicht eingestuft
g.	Liegt nach Angaben des Pflegedienstes eine eingeschränkte Alltagskompetenz vor?
h.	Ist der Pflegebedürftige mit der Befragung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)

ja nein

M/T39/B	
17.3	Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie voraussichtlich selbst übernehmen müssen?

ja nein

k.A.

M/T38/B	
17.4	Wurde mit Ihnen ein schriftlicher Pflegevertrag abgeschlossen?

ja nein

k.A.

M/T40/B	
17.5	Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt?

immer häufig geleg. nie k.A.

Ausfüllanleitung zu 17.5:

Anmerkung: Zeiten beziehen sich immer auf den Leistungsbeginn.

M/T42/B	
17.6	Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen?

ja nein

k.A.

M/T43/B	
17.7	War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit?

immer häufig geleg. nie t.n.z. k.A.

Ausfüllanleitung zu 17.7:

Anmerkung: Einsatzbereitschaft bezieht sich analog der Frage 4.6 immer auf die vereinbarten Leistungen.

M/T45/B		ja	nein	k.A.		
17.8	Geben die Mitarbeiter Ihnen Tipps und Hinweise (Informationen) zur Pflege?	<input type="checkbox"/>				

M/T48/B		immer	häufig	geleg.	nie	k.A.
17.9	Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?	<input type="checkbox"/>				

M/T44/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
17.10	Werden Sie von den Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?	<input type="checkbox"/>					

M/T41/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
17.11	Fragen die Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?	<input type="checkbox"/>					

M/T47/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
17.12	Respektieren die Mitarbeiter des Pflegedienstes Ihre Privatsphäre?	<input type="checkbox"/>					

M/T49/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
17.13	Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden?	<input type="checkbox"/>					

M/T46/B		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
17.14	Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven geändert?	<input type="checkbox"/>					

Ausfüllanleitung zu 17.14:

Die Frage ist mit „t.n.z.“ zu bewerten, wenn keine begründeten Beschwerden vorlagen.

Literatur zu Kapitel 17:

BMFSFJ (2006): Erster Bericht des BMFSFJ über die Situation der Heime und die Betreuung der Bewohnerinnen und Bewohner. Berlin.

Mummendey HD (2000). Die Fragebogenmethode. Göttingen.

Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA)

**Vereinbarung nach § 115 Abs. 1a Satz 6
SGB XI über die Kriterien der Veröffent-
lichung sowie die Bewertungssystematik
der Qualitätsprüfungen der Medizini-
schen Dienste der Krankenversicherung
sowie gleichwertiger Prüfergebnisse
von ambulanten Pflegediensten**

vom 29. Januar 2009

GKV-Spitzenverband¹

Vereinigung der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene
Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe
Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände

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

Inhalt

Vorwort	179
§ 1 Kriterien der Veröffentlichung in der ambulanten Pflege	180
§ 2 Auswahl der in die Prüfungen einbezogenen pflegebedürftigen Menschen	180
§ 3 Bewertungssystematik für die Kriterien	180
§ 4 Ausfüllanleitung für die Prüfer	180
§ 5 Darstellung der Prüfergebnisse	181
§ 6 Inkrafttreten und Kündigung	181
Anlage 1: Kriterien der Veröffentlichung	183
Anlage 2: Bewertungssystematik für die Kriterien	189
Anlage 3: Ausfüllanleitung für die Prüfer	195
Anlage 4: Darstellung der Prüfergebnisse	209

Vorwort

Durch das „Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung“ (Pflege-Weiterentwicklungsgesetz) vom 28. Mai 2008 (BGBl. I, S. 874) wurde § 115 Abs. 1a SGB XI eingeführt. Danach stellen die Landesverbände der Pflegekassen sicher, dass die Leistungen der Pflegeeinrichtungen sowie deren Qualität für Pflegebedürftige und ihre Angehörigen verständlich, übersichtlich und vergleichbar im Internet sowie in anderer geeigneter Form veröffentlicht werden. Dabei sind die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung sowie gleichwertige Prüfergebnisse zugrunde zu legen. Der GKV-Spitzenverband, die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die Bundesvereinigung der kommunalen Spitzenverbände (im Folgenden „die Vertragsparteien“ genannt) vereinbaren unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des GKV-Spitzenverbandes die Kriterien der Veröffentlichung einschließlich der Bewertungssystematik (§ 115 Abs. 1a Satz 6 SGB XI). Dabei wurden die maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen, unabhängige Verbraucherorganisationen auf Bundesebene sowie der Verband der privaten Krankenversicherung und die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene beteiligt.

Die Vertragsparteien haben am 29. Januar 2009 nach Durchführung des Beteiligungsverfahrens diese Vereinbarung in dem Wissen geschlossen, dass es derzeit keine pflegewissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse über valide Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität der pflegerischen Versorgung in Deutschland gibt.

Diese Vereinbarung ist deshalb als vorläufig zu betrachten und dient der vom Gesetzgeber gewollten schnellen Verbesserung der Transparenz für die Verbraucher über die Leistungen und deren Qualität von ambulanten Pflegediensten. Unter den Vertragsparteien besteht Einvernehmen, diese Vereinbarung anzupassen, sobald pflegewissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse über Indikatoren der Ergebnis- und Lebensqualität vorliegen. Dabei wird insbesondere zu prüfen sein, ob die Ende 2010 erwarteten Ergebnisse des vom BMG und vom BMFSFJ in Auftrag gegebenen „Modellprojekt Messung Ergebnisqualität in der stationären Altenpflege“ auf die ambulanten Pflegedienste übertragen werden können.

§ 1 Kriterien der Veröffentlichung in der ambulanten Pflege

- (1) Die Kriterien der Veröffentlichung der Leistungen und deren Qualität von ambulanten Pflegediensten sind in der **Anlage 1** aufgelistet. Nach diesen Kriterien erfolgen die Qualitätsprüfungen der Medizinischen Dienste der Krankenversicherung nach § 114a SGB XI.
- (2) Die Kriterien teilen sich in folgende vier Qualitätsbereiche auf:
 1. Pflegerische Leistungen
 2. Ärztliche verordnete pflegerische Leistungen
 3. Dienstleistung und Organisation
 4. Befragung der Kunden²

§ 2 Auswahl der in die Prüfungen einbezogenen pflegebedürftigen Menschen

Die je ambulanten Pflegedienst in die Prüfung einbezogenen pflegebedürftigen Menschen mit Sachleistungsbezug werden entsprechend der Verteilung nach Pflegestufen und innerhalb dieser zufällig ausgewählt. Es werden 10 v. H., jedoch mindestens fünf und höchstens 15 pflegebedürftige Menschen in die Prüfung einbezogen.

§ 3 Bewertungssystematik für die Kriterien

- (1) Für die Bewertung der in der Anlage 1 aufgeführten Kriterien gelten folgende Grundsätze:
 - Alle Kriterien werden sowohl einzeln sowie jeweils zusammengefasst in einem der Qualitätsbereiche bewertet.
 - Aus allen Bewertungen der Kriterien der Qualitätsbereiche 1 bis 3 wird das Gesamtergebnis der Prüfung ermittelt.
 - Dem Gesamtergebnis wird der Vergleichswert im jeweiligen Bundesland gegenübergestellt (Landesvergleichswert). Die Veröffentlichung des Landesvergleichswertes erfolgt erst dann, wenn für mindestens 20 v. H. aller ambulanten Pflegedienste im Bundesland Ergebnisse der MDK-Qualitätsprüfungen vorliegen.
 - Die Prüfergebnisse werden mit Noten (sehr gut bis mangelhaft) benannt.
- (2) Einzelheiten der Bewertungssystematik ergeben sich aus **Anlage 2** dieser Vereinbarung.

§ 4 Ausfüllanleitung für die Prüfer

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

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

§ 5 Darstellung der Prüfergebnisse

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

§ 6 Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Diese Vereinbarung tritt zum 1. Februar 2009 in Kraft. Sie kann von jeder Vertragspartei mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.
- (2) Die gekündigte Vereinbarung gilt bis zum Inkrafttreten einer neuen Vereinbarung weiter. Kommt eine neue Vereinbarung innerhalb von sechs Monaten nicht zustande, nachdem eine Vertragspartei schriftlich zu Verhandlungen aufgefordert hat, kann jede Vertragspartei die Schiedsstelle nach § 113b SGB XI anrufen.
- (3) Die Vertragsparteien können diese Vereinbarung auch im ungekündigten Zustand einvernehmlich ändern.

Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA)

Anlage 1: Kriterien der Veröffentlichung

Bewertungskriterien für die Pflegequalität von ambulanten Pflegediensten

Qualitätsbereiche:

1. **Pflegerische Leistungen (17 Kriterien)**
2. **Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen (10 Kriterien)**
3. **Dienstleistung und Organisation (10 Kriterien)**
4. **Befragung der Kunden (12 Kriterien)**

Qualitätsbereich: Pflegerische Leistungen	
1	Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?
2	Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt?
3	Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt?
4	Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?
5	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Flüssigkeitsdefiziten?
6	Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt?
7	Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?
8	Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Ernährungsdefiziten?
9	Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind?
10	Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt?
11	Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst?
12	Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen?
13	Werden die individuellen Risiken hinsichtlich der Kontrakturen bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen berücksichtigt?

14	Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt?
15	Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet?
16	Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert?
17	Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen die notwendigen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?

Qualitätsbereich 2: Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen	
18	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?
19	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung?
20	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
21	Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?
22	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
23	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?
24	Wird mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden sachgerecht umgegangen?
25	Wird die Katheterisierung der Harnblase entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert?
26	Wird die Stomabehandlung* entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? *Stomaträger sind Menschen mit künstlichem Darmausgang oder künstlicher Harnableitung.
27	Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?

Qualitätsbereich 3: Dienstleistung und Organisation	
28	Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde?
29	Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt?
30	Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen?
31	Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen?
32	Werden die Mitarbeiter regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?
33	Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden?
34	Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden?
35	Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die leitende Pflegefachkraft geregelt?
36	Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die Mitarbeiter in der Hauswirtschaft geregelt?
37	Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes im Hinblick auf die vereinbarten Leistungen sichergestellt?

Qualitätsbereich 4: Befragung der Kunden	
38	Wurde mit Ihnen ein schriftlicher Pflegevertrag abgeschlossen?
39	Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie voraussichtlich selbst übernehmen müssen?
40	Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt?
41	Fragen die Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?
42	Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen?
43	War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit?
44	Werden Sie von den Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?
45	Geben die Mitarbeiter Ihnen Tipps und Hinweise (Informationen) zur Pflege?

46	Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven geändert?
47	Respektieren die Mitarbeiter des Pflegedienstes ihre Privatsphäre?
48	Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?
49	Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden?

Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA)

Anlage 2: Bewertungssystematik

1. Bewertungskriterien

Die 49 Bewertungskriterien für die Veröffentlichung nach § 115 Abs. 1a SGB XI werden folgenden Qualitätsbereichen zugeordnet.

Qualitätsbereich	Laufende Nummern (Anzahl der Kriterien)
1. Pflegerische Leistungen	1 bis 17 (17)
2. Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen	18 bis 27 (10)
3. Dienstleistung und Organisation	28 bis 37 (10)
4. Befragung der Kunden	38 bis 49 (12)
Zusammen	1 bis 49 (49)

2. Bewertungssystematik

2.1 Einzelbewertung der Kriterien

Jedes einzelne Kriterium erhält eine Einzelbewertung anhand einer Skala von 0 bis 10, wobei 0 die schlechteste und 10 die beste Bewertung ist. Die Skalenwerte werden nach folgender Tabelle in Noten mit einer Stelle nach dem Komma umgerechnet:

Notenzuordnung

Bezeichnung der Note	Skalenwert
Sehr gut (1 – 1,4)	8,7 – 10
Gut (1,5 – 2,4)	7,3 – < 8,7
befriedigend (2,5 – 3,4)	5,9 – < 7,3
Ausreichend (3,5 – 4,4)	4,5 – < 5,9
Mangelhaft (4,5 – 5,0)	0 – < 4,5

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

Kundenbezogene Kriterien

Folgende Kriterien werden für jeden einzelnen in die Stichprobe einbezogenen von dem ambulanten Pflegedienst betreuten pflegebedürftigen Menschen bewertet:

1 bis 28

Ist das Kriterium für den pflegebedürftigen Menschen erfüllt, wird der Skalenwert 10 vergeben, ist es nicht erfüllt, wird es mit dem Skalenwert 0 bewertet. Für alle zur Beurteilung des Kriteriums herangezogenen pflegebedürftigen Menschen wird der Mittelwert errechnet.

Beispiel: Das Kriterium ist bei 8 von 10 einbezogenen pflegebedürftigen Menschen erfüllt. Es wird der Skalenwert 8 vergeben.

Trifft ein Kriterium für einen pflegebedürftigen Menschen nicht zu, so ist dieses nicht in die Bewertung und Mittelwertberechnung einzubeziehen.

Einrichtungsbezogene Kriterien

Folgende Kriterien lassen ebenfalls nur eine dichotome (erfüllt/nicht erfüllt) Bewertung zu, sind aber auf den gesamten ambulanten Pflegedienst bezogen und daher nur einmal zu bewerten. In diesen Fällen können nur die Skalenwert 10 oder 0 vergeben werden und eine Mittelwertberechnung entfällt:

29 bis 37

Befragung der Kunden

Die Kriterien Nr. 40, 41, 43, 44, und 46 bis 49 der Kundenbefragung sollen mit folgenden vier Bewertungsgraduierungen und Skalenwerten bewertet werden:

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

Die Kriterien Nr. 38, 39, 42 und 45 lassen nur eine dichotome (erfüllt/nicht erfüllt) Bewertung zu. Für sie können daher nur die Skalenwerte 10 oder 0 vergeben werden.

Für die Bewertungen zu jedem einzelnen Kriterium ist der Mittelwert für die Kunden zu ermitteln, die die jeweilige Frage beantwortet haben.

2.2 Bewertung der Qualitätsbereiche

Für jeden der vier Qualitätsbereiche wird als Bereichsbewertung das arithmetische Mittel der Bewertungen der einzelnen Kriterien des jeweiligen Qualitätsbereichs ausgewiesen. Sofern Kriterien nicht zutreffen und daher nicht bewertet werden, gehen sie nicht in die Berechnung der Bewertung des jeweiligen Qualitätsbereiches mit ein.

2.3 Gesamtbewertung

Für die Qualitätsbereiche 1 bis 3 wird als Gesamtbewertung das arithmetische Mittel der Bewertungen der Kriterien 1 bis 37 ausgewiesen. Sofern Kriterien nicht zutreffen und daher nicht bewertet werden, gehen sie in die Berechnung der Gesamtbewertung nicht mit ein.

3. Darstellung der Ergebnisse

Die Ergebnisse der Qualitätsprüfungen werden auf zwei Ebenen (**Anlage 4**) dargestellt. Eine Veröffentlichung der Landesvergleichswerte erfolgt erst, wenn mindestens 20% der ambulanten Pflegedienste in einem Land geprüft sind.

Auf der 2. Darstellungsebene werden die Einzelergebnisse der Kriterien sowie die Anzahl der zu jedem Einzelkriterium in die Prüfung einbezogenen pflegebedürftigen Menschen dargestellt.

Tabellenanhang

Bezeichnung der Note	Note	Skalenwert
sehr gut	1,0	9,74 – 10
	1,1	9,48 – 9,73
	1,2	9,22 – 9,47
	1,3	8,96 – 9,21
	1,4	8,70 – 8,95
gut	1,5	8,56 – 8,69
	1,6	8,42 – 8,55
	1,7	8,28 – 8,41
	1,8	8,14 – 8,27
	1,9	8,00 – 8,13
	2,0	7,86 – 7,99
	2,1	7,72 – 7,85
	2,2	7,58 – 7,71
	2,3	7,44 – 7,57
befriedigend	2,4	7,30 – 7,43
	2,5	7,16 – 7,29
	2,6	7,02 – 7,15
	2,7	6,88 – 7,01
	2,8	6,74 – 6,87
	2,9	6,60 – 6,73
	3,0	6,46 – 6,59
	3,1	6,32 – 6,45
	3,2	6,18 – 6,31
	3,3	6,04 – 6,17
	3,4	5,90 – 6,03

Bezeichnung der Note	Note	Skalenwert
ausreichend	3,5	5,76 – 5,89
	3,6	5,62 – 5,75
	3,7	5,48 – 5,61
	3,8	5,34 – 5,47
	3,9	5,20 – 5,33
	4,0	5,06 – 5,19
	4,1	4,92 – 5,05
	4,2	4,78 – 4,91
	4,3	4,64 – 4,77
	4,4	4,50 – 4,63
mangelhaft	4,5	4,36 – 4,49
	4,6	4,22 – 4,35
	4,7	4,08 – 4,21
	4,8	3,94 – 4,07
	4,9	3,80 – 3,93
	5,0	< 0 – 3,79

Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA)

Anlage 3: Ausfüllanleitung für die Prüfer

Vorwort

Die vorliegende Ausfüllanleitung soll beschreiben, wann ein Kriterium durch den Prüfer als erfüllt oder nicht erfüllt zu bewerten ist. Sie zielt darauf ab, die systematische und regelhafte Erfüllung der Kriterien zu prüfen. Deshalb muss bei der Bewertung auf der Ebene des Kriteriums das Hauptaugenmerk auf die Regelmäßigkeit und Systematik gelegt werden. Offensichtliche Ausnahmefehler in der Dokumentation sollen nicht zu einer negativen Gesamtbeurteilung des ambulanten Pflegedienstes führen.

Derzeit gibt es keine pflegewissenschaftlich gesicherten Erkenntnisse über valide Indikatoren der Ergebnisqualität der pflegerischen ambulanten Versorgung in Deutschland. Die hier in der Ausfüllanleitung gewählten Beschreibungen sind deshalb als vorläufig zu betrachten und dienen der vom Gesetzgeber gewollten schnellen Verbesserung der Transparenz. Diese Ausfüllanleitung wird zusammen mit der Pflege-Transparenzvereinbarung überarbeitet, sobald pflegewissenschaftlich gesicherte Erkenntnisse über Indikatoren der Ergebnisqualität vorliegen. Insbesondere ist zu prüfen, ob sich Ergebnisse aus dem vom BMG und BMFSFJ geplanten Modellprojekt zur Messung der Ergebnisqualität in der stationären Altenpflege auf die Beurteilung der Qualität von ambulanten Pflegediensten übertragen lassen.

Grundsätze, die im Rahmen der Prüfungen durch die Prüfer zu berücksichtigen sind.

Die (kundenbezogenen) Kriterien werden immer nur dann erfasst und einer Bewertung zugeführt, wenn der pflegebedürftige Mensch hierzu die entsprechenden SGB XI Leistungen vertraglich mit dem ambulanten Pflegedienst vereinbart hat oder wenn solche Leistungen für den Qualitätsbereich 2 ärztlich verordnet sind. Die Kriterien 5, 8, 11, 13, 15, 16, 17, 27 und 28 werden bei der Grund- bzw. Behandlungspflege unabhängig von einer konkret vereinbarten oder verordneten Leistung bewertet.

Die ärztlich verordneten pflegerischen Leistungen (SGB V) beziehen sich immer auf verordnete und noch nicht beschiedene oder von den Kassen genehmigte Leistungen. Nicht Gegenstand der Prüfung sind die Verordnungsqualität sowie die Bewertung der Häufigkeit und Dauer der Verordnungen.

Der ambulante Pflegedienst kann diese Leistungen nur fachlich korrekt durchführen, wenn der verordnende Arzt eine dem aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Verordnung ausgestellt hat und gleichzeitig die hiermit zusammenhängenden erforderlichen Medizinprodukte und Hilfsmittel gesondert verordnet hat. Ist dies nicht der Fall, kann dieses nicht dem ambulanten Pflegedienst angelastet werden. Der ambulante Pflegedienst handelt im Rahmen des ärztlichen Behandlungs- und Therapieplanes. Eine umfassende Dokumentation der Schritte des Pflegeprozesses ist nicht erforderlich, da der Dienst ausschließlich die Durchführung der Intervention übernimmt, für die er vom Arzt den Auftrag und von der Krankenkasse noch keinen Bescheid oder die Genehmigung erhalten hat.

Sind Kriterien durch alternative fachlich gleichwertige Lösungen erfüllt, sind diese Kriterien ebenfalls als vollständig erfüllt zu bewerten.

Bewertungskriterien für die Pflegequalität von ambulanten Pflegediensten

Qualitätsbereiche:

1. **Pflegerische Leistungen**
2. **Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen**
3. **Dienstleistung und Organisation**
4. **Befragung der Kunden**

Qualitätsbereich 1: Pflegerische Leistungen	
<p>Wenn eine Frage auf einen pflegebedürftigen Menschen nicht zutrifft (z.B. weil der Pflegebedarf nicht vorliegt oder keine Leistung vereinbart worden ist) wird die Frage für diesen pflegebedürftigen Menschen mit „trifft nicht zu“ beantwortet. Trifft die Frage auf keinen pflegebedürftigen Menschen zu, wird die gesamte Frage mit „trifft nicht zu“ beantwortet.</p>	
1 kb	<p>Werden die individuellen Wünsche zur Körperpflege im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? (neu)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Körperpflege vereinbart wurden, in der Pflegedokumentation die auf die Maßnahmen der Körperpflege bezogenen Wünsche nachvollziehbar dokumentiert und bei der Umsetzung berücksichtigt sind. Der Nachweis der Berücksichtigung kann im Einzelfall ergänzend auch über teilnehmende Beobachtung während der Prüfung erfolgen.</i></p>
2 kb	<p>Werden die individuellen Wünsche zum Essen und Trinken im Rahmen der vereinbarten Leistungserbringung berücksichtigt? (neu)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Ernährung/Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme vereinbart wurden, in der Pflegedokumentation die auf die Maßnahmen der Ernährung/Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme bezogenen Wünsche nachvollziehbar dokumentiert und bei der Umsetzung berücksichtigt sind. Der Nachweis der Berücksichtigung kann im Einzelfall ergänzend auch über teilnehmende Beobachtung während der Prüfung erfolgen.</i></p>
3 kb	<p>Wurde die vereinbarte Leistung zur Flüssigkeitsversorgung nachvollziehbar durchgeführt? (neu)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Flüssigkeitsaufnahme vereinbart wurden, diese Leistungen vereinbarungsgemäß durchgeführt und nachvollziehbar in der Pflegedokumentation dokumentiert wurden.</i></p>

4 kb	<p>Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? (MDK 14.8 a und b teilweise)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Unterstützung bei der Flüssigkeitsaufnahme vereinbart wurden, die individuellen Ressourcen und Risiken zur Flüssigkeitsversorgung in der Pflegedokumentation berücksichtigt wurden.</i></p>
5 kb	<p>Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Flüssigkeitsdefiziten? (MDK 14.8 c teilweise)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen bei der Erbringung von Pflegeleistungen ein Flüssigkeitsdefizit sichtlich erkennbar ist und der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger auf mögliche Hilfen oder Abklärungsmöglichkeiten (z.B. Arzt) hingewiesen wurde.</i></p>
6 kb	<p>Wurde die vereinbarte Leistung zur Nahrungsaufnahme nachvollziehbar durchgeführt? (MDK 14.8 g teilweise)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Nahrungsaufnahme vereinbart wurden, diese Leistungen vereinbarungsgemäß durchgeführt und nachvollziehbar in der Pflegedokumentation dokumentiert wurden.</i></p>
7 kb	<p>Werden die individuellen Ressourcen und Risiken bei der Ernährung erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? (MDK 14.8 a und b teilweise)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Ernährung/Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme vereinbart wurden, die individuellen Ressourcen und Risiken zur Ernährung in der Pflegedokumentation berücksichtigt wurden.</i></p>
8 kb	<p>Wird der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger informiert bei erkennbaren Ernährungsdefiziten? (MDK 14.8 c teilweise)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen bei der Erbringung von Pflegeleistungen ein Ernährungsdefizit sichtlich erkennbar ist und der pflegebedürftige Mensch bzw. sein Angehöriger auf mögliche Hilfen oder Abklärungsmöglichkeiten (z.B. Arzt) hingewiesen wurde.</i></p>
9 kb	<p>Werden individuelle Ressourcen und Risiken im Zusammenhang mit Ausscheidungen erfasst, wenn hierzu Leistungen vereinbart sind? (ähnlich MDK 14.3 a)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Ausscheidung vereinbart wurden, die individuellen Ressourcen und Risiken zu den Ausscheidungen in der Pflegedokumentation berücksichtigt wurden.</i></p>

10 kb	<p>Wurde die vereinbarte Leistung zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung nachvollziehbar durchgeführt? (ähnlich MDK 14.3 d)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Unterstützung bei Ausscheidungen/Inkontinenzversorgung vereinbart wurden, diese Leistungen vereinbarungsgemäß durchgeführt und nachvollziehbar in der Pflegedokumentation dokumentiert wurden.</i></p>
11 kb	<p>Wenn bei der Erbringung von vereinbarten Leistungen beim pflegebedürftigen Menschen für den Pflegedienst ein individuelles Dekubitusrisiko erkennbar ist, wird dieses dann erfasst? (neu)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn ein pflegebedürftiger Mensch Leistungen der Grundpflege erhält, ein Dekubitusrisiko erkennbar ist und dieses in der Pflegedokumentation berücksichtigt wurde.</i></p> <p><i>Wenn ein Dekubitusrisiko erkennbar ist, erfolgt die Risikoeinschätzung mit dem Leistungsbeginn in der Grundpflege. Danach soll in individuell festgelegten Abständen oder bei Veränderungen im zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang mit den erbrachten Leistungen ein Eintrag in der Pflegedokumentation erfolgen.</i></p>
12 kb	<p>Wird im Rahmen der vereinbarten Leistung Lagern eine gewebeschonende Lagerung zur Vermeidung von Druckgeschwüren vorgenommen? (neu)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen die Leistung Lagern vereinbart ist und die dekubitusgefährdet sind Lagerungs- und Bewegungstechniken ggf. unter Verwendung erforderlicher Hilfsmittel, haut- und gewebeschonend durchgeführt wurden.</i></p>
13 kb	<p>Werden die individuellen Risiken hinsichtlich der Kontrakturen bei der Erbringung der vereinbarten Leistungen berücksichtigt? (neu)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen der Grundpflege vereinbart wurden, erkennbar Kontrakturrisiken vorliegen, im Rahmen der vereinbarten Leistungen diese Risiken nachvollziehbar dokumentiert und sofern möglich im zeitlichen und inhaltlichen Zusammenhang mit der Leistungserbringung berücksichtigt wurden (z.B. im Rahmen der vereinbarten Leistung Körperpflege im Bett oder Lagern ggf. eine physiologische Lagerung erfolgt oder im Rahmen der vereinbarten Leistung Mobilität ggf. Bewegungsförderungen erfolgen). Der Nachweis hierüber kann auch im Einzelfall ergänzend im Rahmen der teilnehmenden Beobachtung erfolgen.</i></p>

14 kb	<p>Werden die vereinbarten Leistungen zur Mobilität und deren Entwicklung nachvollziehbar durchgeführt? (neu)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei pflegebedürftigen Menschen, mit denen Leistungen zur Mobilität vereinbart wurden, diese Leistungen vereinbarungsgemäß durchgeführt und nachvollziehbar in der Pflegedokumentation dokumentiert wurden.</i></p>
15 kb	<p>Werden bei Menschen mit Demenz die biografischen und anderen Besonderheiten bei der Leistungserbringung beachtet? (MDK 14.10 b ähnlich)</p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn die vereinbarte Pflegeleistung bei pflegebedürftigen Menschen, bei denen eine gerontopsychiatrische Diagnose ärztlich festgestellt wurde, auf der Grundlage der pflegerelevanten Biografie (Vorlieben, Abneigungen oder Gewohnheiten) durchgeführt wird.</i></p> <p><i>Das Kriterium ist mit „trifft nicht zu“ zu bewerten, wenn keine entsprechende ärztliche Diagnose vorliegt.</i></p>
16 kb	<p>Werden die Angehörigen über den Umgang mit demenzkranken Pflegebedürftigen im Rahmen der Leistungserbringung informiert? (MDK 14.10 c ähnlich)</p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn vom Arzt eine gerontopsychiatrische Diagnose festgestellt wurde und wenn Angehörige Tipps und Hinweise zum Umgang mit Demenz bekommen haben. Nachweise anhand von Pflegedokumentation (z.B. Hinweise auf Broschüren, Selbsthilfegruppen, Internetadressen).</i></p> <p><i>Das Kriterium ist mit „trifft nicht zu“ zu bewerten, wenn keine entsprechende ärztliche Diagnose vorliegt.</i></p>
17 kb	<p>Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen die notwendigen Einwilligungen oder Genehmigungen vor? (MDK 14.12 a ähnlich)</p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen schriftliche Einwilligungen der pflegebedürftigen Menschen oder richterliche Genehmigungen vorliegen.</i></p> <p><i>Sofern die freiheitseinschränkende Maßnahme wegen akuter Selbst- oder Fremdgefährdung (rechtfertigender Notstand) erfolgt, ist das Kriterium ebenfalls erfüllt, wenn dies aus der Pflegedokumentation ersichtlich ist und die Maßnahme nur kurzfristig erfolgt. Ggf. ist das Vormundschaftsgericht zu informieren.</i></p>

Qualitätsbereich 2: Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen

Kriterien zu Leistungen, für die keine ärztliche Verordnung vorliegt, werden mit „trifft nicht zu“ bewertet.

18 kb Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?
(MDK 13.23 und 14.2 ähnlich)

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

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

Dieses Kriterium kann auch als erfüllt bewertet werden, wenn der Pflegedienst den Arzt nachweislich darüber informiert hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und der Arzt seine Verordnung nicht angepasst hat.

19 kb Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? (MDK 13.18 g ähnlich)

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die Medikamentengabe entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt und in der Pflegedokumentation dokumentiert hat. Die Durchschrift der ärztlichen Verordnung muss beim Pflegedienst hinterlegt sein.

Sofern eine Bedarfsmedikation angeordnet ist, muss in der Pflegedokumentation festgehalten sein, wann welches Medikament in welcher Dosierung verabreicht worden ist.

20 kb Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen?
(MDK 13.5 ähnlich)

Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die verordnete Leistung im genehmigten Umfang durchführt, dokumentiert, bewertet und hieraus ggf. erforderliche Konsequenzen zieht.

Wenn die Verordnung des Arztes keine ggf. erforderlichen Konsequenzen beinhaltet, kann eine Information an den behandelnden Arzt als Konsequenz erforderlich sein. Erforderliche therapeutische Konsequenzen zieht ausschließlich der Arzt.

21 kb	<p>Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht entsprechend dem Standard/Leitlinien/Richtlinien des ambulanten Pflegedienstes durchgeführt wurden.</i></p>
22 kb	<p>Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? (MDK 13.6 teilweise)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die verordnete Leistung im genehmigten Umfang durchführt, dokumentiert, bewertet und hieraus die erforderlichen Konsequenzen zieht.</i></p> <p><i>Wenn die Verordnung des Arztes keine ggf. erforderlichen Konsequenzen beinhaltet, kann eine Information an den behandelnden Arzt als Konsequenz erforderlich sein. Erforderliche therapeutische Konsequenzen zieht ausschließlich der Arzt.</i></p>
23 kb	<p>Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? (MDK 13.12 d teilweise)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der Pflegedienst die verordnete Leistung im genehmigten Umfang durchführt, dokumentiert und bei Komplikationen den Arzt informiert.</i></p>
24 kb	<p>Wird mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden sachgerecht umgegangen? (MDK 13.24)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn die Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt werden, das ist der Fall, wenn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <i>a) das Anlegen im Liegen bei entstauten Venen und angeschwollenen Beinen erfolgt,</i> <i>b) der Kompressionsverband/-strumpf immer in Richtung des Körperrumpfes gewickelt/angezogen wird,</i> <i>c) der Kompressionsverband/-strumpf beim Anlegen faltenfrei ist.</i> <p><i>Dieses Kriterium ist auch erfüllt, wenn das Anlegen nicht nach a) erfolgt, weil der pflegebedürftige Menschen dies wünscht und der ambulante Pflegedienst den pflegebedürftigen Menschen nachweislich darüber informiert hat, dass die behandlungspflegerische Maßnahme nach a) – c) erfolgen sollte.</i></p>

25 kb	<p>Wird die Katheterisierung der Harnblase entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? (MDK 14.4 teilweise)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn dokumentiert ist, dass Art, Umfang und Inhalt der ärztlich verordneten Leistungen durchgeführt wurden. Sofern Komplikationen aufgetreten sind, müssen diese sowie die anschließende Information an den Arzt hierzu festgehalten worden sein.</i></p>
26 kb	<p>Wird die Stomabehandlung* entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? (MDK 13.19 ähnlich)</p> <p>*Stomaträger sind Menschen mit künstlichem Darmausgang oder künstlicher Harnableitung.</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn dokumentiert ist, dass Art, Umfang und Inhalt der ärztlich verordneten Leistungen durchgeführt wurden. Sofern Komplikationen aufgetreten sind, müssen diese sowie die anschließende Information an den Arzt hierzu festgehalten worden sein.</i></p>
27 kb	<p>Ist bei behandlungspflegerischem Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn eine ärztlich verordnete Leistung durchgeführt wird und nachweislich bei den in Augenschein genommenen Patienten über Einträge in der Pflegedokumentation oder durch Vorlage der ärztlichen verordneten Leistungen oder anderer geeigneter Nachweise eine Kommunikation des ambulanten Pflegedienstes mit dem Arzt erfolgt. Relevante Normwertabweichungen, Notfallsituationen oder andere unmittelbar mit der verordneten Leistung zeitlich und inhaltlich zusammenhängende relevante Gesundheitszustandsveränderungen mit Auswirkungen auf Umfang, Inhalt, Dauer oder Art der ärztlich verordneten Leistungen müssen grundsätzlich eine Kommunikation mit dem Arzt zur Folge haben.</i></p> <p><i>Nicht bewertet werden kann diese Frage, wenn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>keine ärztlich verordneten Leistungen durchgeführt werden oder</i> • <i>der behandlungspflegerische Bedarf entsprechend der ärztlichen Verordnung im festgelegten Zeitraum konstant ist und eine Kommunikation nicht erforderlich ist.</i>

Qualitätsbereich 3: Dienstleistung und Organisation	
28 kb	<p>Ist aus der Pflegedokumentation ersichtlich, dass ein Erstgespräch geführt wurde? (MDK 12.2 a)</p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn anhand der Pflegedokumentation oder eines anderen schriftlichen Nachweises die Durchführung eines Erstgesprächs belegt wird.</i></p> <p><i>Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ zu bewerten, wenn</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>der Zeitpunkt des Erstgesprächs länger als zwei Jahre zurück liegt oder</i> • <i>mit dem pflegebedürftigen Menschen aufgrund kognitiver Defizite ein Erstgespräch nicht geführt werden konnte oder</i> • <i>wenn der pflegebedürftige Mensch das Angebot nicht angenommen hat.</i>
29 eb	<p>Wird durch den Pflegedienst vor Vertragsbeginn ein Kostenvoranschlag über die voraussichtlich entstehenden Kosten erstellt? (neu)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der ambulante Pflegedienst nachweisen kann, dass er regelhaft Kostenvoranschläge vor Abschluss eines Pflegevertrages erstellt. Als Nachweis dienen Kostenvoranschlagsmuster, Pflegevertragsmuster sofern die Kostenvoranschläge Bestandteil des Vertragsangebot umfassen oder andere geeignete Nachweise, wie z.B. Verfahrensanweisungen, die belegen, dass der ambulante Pflegedienst vor Vertragsabschluss den pflegebedürftigen Menschen über seine voraussichtlichen Selbstkosten aufklärt. Entscheidend für den Kostenvoranschlag ist nicht der Leistungsbeginn, sondern der Vertragsabschluss.</i></p>
30 eb	<p>Gibt es wirksame Regelungen innerhalb des Pflegedienstes, die die Einhaltung des Datenschutzes sicherstellen? (neu)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn die Kundendaten vor dem Zugriff unbefugter Personen geschützt werden (z.B. durch Aufbewahrung von Kundenakten in abschließbaren Schränken, bei elektronischen Akten durch die Vergabe von Passwörtern für die zugriffsberechtigten Mitarbeiter) und die Mitarbeiter des ambulanten Pflegedienstes schriftlich zur Verschwiegenheit verpflichtet wurden.</i></p>
31 eb	<p>Gibt es schriftliche Verfahrensanweisungen zum Verhalten der Pflegekräfte in Notfällen bei pflegebedürftigen Menschen? (MDK 6.12 b ähnlich)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn eine schriftliche Regelung für Mitarbeiter zum Umgang mit Notfällen bei pflegebedürftigen Kunden besteht (z.B. nach Sturz, Entgleisung von Körperfunktionen oder Bewusstlosigkeit, Situationen, in denen der pflegebedürftige Mensch nicht öffnet).</i></p>

32 eb	<p>Werden die Mitarbeiter regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult? (MDK 6.12 a ähnlich)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der ambulante Pflegedienst belegen kann, dass Schulungen in Erster Hilfe und zum Verhalten bei Notfallmaßnahmen in regelmäßigen Abständen von nicht mehr als 2 Jahren durchgeführt wurden.</i></p>
33 eb	<p>Gibt es eine schriftliche Regelung zum Umgang mit Beschwerden? (MDK 6.13 a ähnlich)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn eine Verfahrensweisung zur Erfassung und Bearbeitung von Beschwerden besteht.</i></p>
34 eb	<p>Gibt es einen Fortbildungsplan, der sicherstellt, dass alle in der Pflege tätigen Mitarbeiter in die Fortbildungen einbezogen werden? (MDK 6.8 ähnlich)</p> <p><i>Das Kriterium ist erfüllt, wenn ein prospektiver Fortbildungsplan in schriftlicher Form vorliegt und gleichzeitig eine Regelung dokumentiert wurde, die die Einbeziehung aller in der Grund- und/oder Behandlungspflege tätigen Mitarbeiter an Fortbildungen vorsieht.</i></p> <p><i>Das Kriterium ist auch dann erfüllt, wenn die Feststellung dokumentiert wurde, dass eine Fortbildung für den Planungszeitraum für bestimmte Mitarbeiter nicht erforderlich ist, z.B. weil sie auf dem aktuellen Stand des Wissens sind oder aufgrund einer un stetigen Beschäftigung oder einer längeren Abwesenheit.</i></p>
35 eb	<p>Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die leitende Pflegefachkraft geregelt? (MDK 3.1 b teilweise)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn eine Stellenbeschreibung oder eine vergleichbare Regelung für die leitende Pflegefachkraft mit der Festlegung der Verantwortungsbereiche entsprechend der Vereinbarung zu § 80 SGB XI vom 31.05.1996 Ziffer 3.1.1.2, bzw. in der jeweils gültigen Vereinbarung nach § 113 SGB XI vorliegt.</i></p>
36 eb	<p>Ist der Verantwortungsbereich/sind die Aufgaben für die Mitarbeiter in der Hauswirtschaft geregelt? (MDK 3.1 f ähnlich)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn in einer Stellenbeschreibung oder vergleichbaren Regelung die Aufgaben und Verantwortungsbereiche, hier insbesondere im Verhältnis zu den Pflegefachkräften, der in der Hauswirtschaft eingesetzten Mitarbeiter geregelt sind.</i></p>

37 eb	<p>Wird die ständige Erreichbarkeit und Einsatzbereitschaft des Pflegedienstes im Hinblick auf die vereinbarten Leistungen sichergestellt? (MDK 4.6 teilweise)</p> <p><i>Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn der ambulante Pflegedienst für die von ihm versorgten pflegebedürftigen Menschen ständig erreichbar ist und die vereinbarten Leistungen durchführt. Der Nachweis hierfür kann beispielsweise durch den Dienstplan geführt werden, wenn hierin Ruf-/ Einsatzbereitschaftsdienst ausgewiesen ist. Eine ständige Erreichbarkeit ist nicht gegeben, wenn lediglich ein Anrufbeantworter erreichbar ist oder E-Mails zugesandt werden können.</i></p>
-------	--

Qualitätsbereich 4: Befragung der Kunden	
<p>Sofern ein Kunde (pflegebedürftiger Mensch) aufgrund von Demenzerkrankungen oder anderen Ursachen nicht auskunftsfähig ist, ist ein anderer Kunde mit der gleichen Pflegestufe nach dem Zufallsprinzip für die Beantwortung der folgenden Fragen auszuwählen. Angehörige oder sonstige Pflegepersonen werden nicht befragt.</p> <p>Bei nichtauskunftsfähigen Minderjährigen können die Eltern bzw. sonstigen sorgeberechtigten Personen befragt werden.</p>	
38	Wurde mit Ihnen ein schriftlicher Pflegevertrag abgeschlossen? (MDK 10.1 ähnlich)
39	Wurden Sie durch den Pflegedienst vor Leistungsbeginn darüber informiert, welche Kosten Sie voraussichtlich selbst übernehmen müssen? (MDK 10.2 ähnlich)
40	<p>Werden mit Ihnen die Zeiten der Pflegeeinsätze abgestimmt? (MDK 10.3 ähnlich)</p> <p><i>Anmerkung: Zeiten beziehen sich immer auf den Leistungsbeginn.</i></p>
41	Fragen die Mitarbeiter des Pflegedienstes Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten? (MDK 10.9 ähnlich)
42	Kommt ein überschaubarer Kreis von Mitarbeitern des Pflegedienstes zu Ihnen? (MDK 10.6 ähnlich)
43	<p>War der Pflegedienst bei Bedarf für Sie erreichbar und einsatzbereit? (MDK 10.11 ähnlich)</p> <p><i>Anmerkung: Einsatzbereitschaft bezieht sich analog der Frage 37 immer auf die vereinbarten Leistungen.</i></p>
44	Werden Sie von den Mitarbeitern des Pflegedienstes unterstützt/motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen? (MDK 10.8 ähnlich)
45	Geben die Mitarbeiter Ihnen Tipps und Hinweise (Informationen) zur Pflege? (neu)
46	<p>Hat sich nach einer Beschwerde etwas zum Positiven geändert? (MDK 10.13 ähnlich)</p> <p><i>Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ zu bewerten, wenn keine begründeten Beschwerden vorlagen.</i></p>
47	Respektieren die Mitarbeiter des Pflegedienstes Ihre Privatsphäre? (neu)
48	Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich? (MDK 10.5)
49	Sind Sie mit den hauswirtschaftlichen Leistungen des Pflegedienstes zufrieden? (MDK 10.10)

Pflege-Transparenzvereinbarung ambulant (PTVA)

Anlage 4: Darstellung der Prüfergebnisse

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

Verfahren der Veröffentlichung

Die Landesverbände der Pflegekassen¹ übersenden die für die Veröffentlichung vorgesehenen Ergebnisse dem ambulanten Pflegedienst. Dieser kann den Landesverbänden der Pflegekassen innerhalb von 28 Kalendertagen Unterlagen zusenden, die in die Veröffentlichung aufzunehmen sind und die Angaben enthalten, die nicht in den Qualitätsprüfungen erhoben werden. Innerhalb dieser Frist können Hinweise zu der Veröffentlichung gegeben werden und sollen auch strittige Fragen zwischen dem ambulanten Pflegedienst und den Landesverbänden geklärt werden. Nach Ablauf dieser Frist werden die Prüfergebnisse von den Landesverbänden der Pflegekassen im Internet sowie in anderer geeigneter Form veröffentlicht.

Sofern gleichwertige Prüfergebnisse nach § 114 Abs. 3 und 4 SGB XI über den ambulanten Pflegedienst vorliegen, übersendet dieser die Unterlagen den Landesverbänden der Pflegekassen zur unverzüglichen Veröffentlichung. Analog ist mit weiteren Prüfergebnissen zu verfahren.

Die ambulanten Pflegedienste hängen die Prüfergebnisse der Darstellungsebene 1 dieser Vereinbarung in ihren Geschäftsräumen an gut sichtbarer Stelle aus. Sie können auch die Prüfergebnisse der Darstellungsebene 2 aushängen.

Darstellungsebene 1

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

Feld	Bezeichnung/Beschreibung
1	Überschrift In dieses Feld wird die Überschrift der Veröffentlichung mit dem Titel „Qualität des ambulanten Pflegedienstes“ eingetragen.
2	Name des ambulanten Pflegedienstes Sofern es sich um einen Kinderkrankenpflegedienst handelt, ist unter dem Namen der Begriff „Kinderkrankenpflegedienst“ aufzunehmen.
3	Adresse des ambulanten Pflegedienstes In dieses Feld werden die Postleitzahl, der Ort, die Straße und die Hausnummer eingetragen.
4	Telefonnummer/Telefaxnummer In dieses Feld werden die Telefonnummer und die Telefaxnummer eingetragen.
5	E-Mail-Adresse und Internetadresse, ggf. verlinkt
6	Anzahl der versorgten Menschen

¹ Es entspricht der Praxis, dass aufgrund von Absprachen in der Regel ein Landesverband für alle Landesverbände der Pflegekassen federführend tätig wird.

Feld	Bezeichnung/Beschreibung
7.1	Anzahl der in die Prüfung einbezogenen pflegebedürftigen Menschen.
7.2	Anzahl der pflegebedürftigen Menschen, die an der Befragung der Kunden ² teilgenommen haben.
8	Überschrift „Qualitätsbereiche“
8.1	Pflegerische Leistungen Dieses Feld ist zu verlinken, sodass der Benutzer zu den Einzelkriterien dieses Qualitätsbereichs auf der Darstellungsebene 2 geführt wird.
8.2	Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen Dieses Feld ist zu verlinken, sodass der Benutzer zu den Einzelkriterien dieses Qualitätsbereichs auf der Darstellungsebene 2 geführt wird.
8.3	Dienstleistung und Organisation Dieses Feld ist zu verlinken, sodass der Benutzer zu den Einzelkriterien dieses Qualitätsbereichs auf der Darstellungsebene 2 geführt wird.
8.4	Gesamtergebnis Dieses Feld ist zu verlinken, sodass der Benutzer zu den 37 Einzelkriterien der Qualitätsbereiche 1 bis 3 auf der Darstellungsebene 2 geführt wird.
8.5	Befragung der Kunden Dieses Feld ist zu verlinken, sodass der Benutzer zu den Einzelkriterien dieses Qualitätsbereichs auf der Darstellungsebene 2 geführt wird.
9	Überschrift „MDK Ergebnis“
9.1 bis 9.5	In diese Felder werden die Noten der MDK-Qualitätsprüfungen der jeweiligen Qualitätsbereiche bzw. des Gesamtergebnisses sowohl numerisch als auch mit ihrer Bezeichnung eingetragen. Diese Felder sind ferner zu verlinken, sodass der Benutzer zu den Einzelergebnissen der Qualitätsbereiche bzw. dem Gesamtergebnis mit den jeweils hinterlegten Bewertungen auf der Darstellungsebene 2 (entsprechend Muster 2) geführt wird.
10	Überschrift „Gleichwertiges Prüfergebnis“

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

Feld	Bezeichnung/Beschreibung
10.1 bis 10.5	In diese Felder werden die Noten der den MDK-Qualitätsprüfungen gleichwertigen Prüfergebnisse eingetragen, sofern es solche Prüfergebnisse gibt. Ist dies nicht der Fall, werden die Felder 10.1 bis 10.5 nicht dargestellt. Diese Felder sind ferner zu verlinken, sodass der Benutzer zu den Einzelergebnissen der Qualitätsbereiche bzw. dem Gesamtergebnis mit den jeweils hinterlegten Bewertungen auf der Darstellungsebene 2 (entsprechend Muster 2) geführt wird.
11	Überschrift „Vergleichswert im Bundesland“
11.1	Die Anzahl der ambulanten Pflegedienste im Bundesland ist nur einzutragen, wenn das Feld 11.3 ausgefüllt wird.
11.2	Die Anzahl der geprüften ambulanten Pflegedienste im Bundesland ist nur einzutragen, wenn das Feld 11.3 ausgefüllt wird.
11.3	Der Vergleichswert im Bundesland ist nur einzutragen, wenn mindestens 20% aller ambulanten Pflegedienste im Bundesland durch den MDK geprüft sind.
12	Die Überschrift „Erläuterungen zum Bewertungssystem“ soll verlinkt werden. Der Link führt zu einer entsprechenden laienverständlichen Erläuterung der Bewertungssystematik sowie zur Transparenzvereinbarung mit ihren Anlagen.
13	Die Überschrift „Vertraglich vereinbarte Leistungsangebote“ wird verlinkt. Der Link führt zu einer Aufstellung der zwischen den Vertragspartnern nach § 89 SGB XI vereinbarten Leistungen.
14	Die Überschrift „Weitere Leistungsangebote und Strukturdaten“ wird verlinkt. Der Link führt zu Angaben, die der ambulante Pflegedienst über Leistungsangebote und Strukturdaten macht, die über die im Feld 13 angegebenen Vertragsinhalte hinausgehen. Hier können z.B. Kinderkrankenpflegedienste auf ihr spezielles Leistungsangebot hinweisen. In dem Link ist deutlich darauf hinzuweisen, dass es sich um „Eigenangaben“ handelt und nicht um Prüfergebnisse oder vertraglich vereinbarte Angebote. Die Darstellung erfolgt entsprechend dem Muster 3 . Die Darstellung darf eine Bildschirmseite im Umfang von 3000 Zeichen inklusive Leerzeichen nicht überschreiten.
15	In dieses Feld ist nur das Datum der aktuellen MDK-Qualitätsprüfung einzutragen.
16	In dieses Feld ist das Datum der aktuellen gleichwertigen Prüfung nach § 114 Abs. 3 oder 4 SGB XI einzutragen.

Feld	Bezeichnung/Beschreibung
17	Die Überschrift „Weitere Prüfergebnisse“ ist zu verlinken, wenn der ambulante Pflegedienst weitere Prüfergebnisse veröffentlichen möchte. Der Link führt zu Prüfergebnissen, die weder aus einer MDK-Prüfung noch aus einer gleichwertigen Prüfung nach § 114 Abs. 3 und 4 SGB XI stammen. Die Prüfergebnisse müssen aber von einer externen Prüfeinrichtung stammen. Rein interne Qualitätsprüfergebnisse des ambulanten Pflegedienstes dürfen hier nicht veröffentlicht werden.
18	Die Überschrift „Kommentar des ambulanten Pflegedienstes“ wird verlinkt, wenn der geprüfte ambulante Pflegedienst sich zu dem Prüfergebnis äußern möchte. Der Kommentar darf keine unsachlichen und verunglimpfenden Inhalte enthalten sowie maximal eine Bildschirmseite mit einem Umfang von 3.000 Zeichen inklusive Leerzeichen umfassen.
19	In dem Feld 19 ist eine der Antwortkategorien „Ja“ oder „Nein“ auszufüllen, je nachdem, ob der ambulante Pflegedienst eine Wiederholungsprüfung durch den MDK beantragt hat oder nicht. Sofern eine Wiederholungsprüfung beantragt wird, ist dies unverzüglich in den Transparenzbericht aufzunehmen.

Muster 1: „1. Darstellungsebene“

1.) Qualität des ambulanten Pflegedienstes		12.) Erläuterungen zum Bewertungssystem hier	
2.) „Schnelle Hilfe“		13.) Vertraglich vereinbarte Leistungsangebote hier	
3.) Seestr. 12	12345 Hafenstadt	14.) Weitere Leistungsangebote und Strukturdaten hier	
4.) Telefon: 02222/999999	Fax: 02222/899999	15.) MDK-Qualitätsprüfung: Datum	
5.) Email: schnelle.hilfe@xls.de	Internet:	16.) Gleichwertige Prüfung: Datum	
6.) Anzahl der versorgten Menschen:	100	17.) Weitere Prüfergebnisse hier	
7.1) Anzahl der in die Prüfung einbezogenen pflegebedürftigen Menschen:	12	18.) Kommentar des ambulanten Pflegedienstes hier	
7.2) Anzahl der befragten Kunden:	11	19.) Der ambulante Pflegedienst hat eine Wiederholungsprüfung durch den MDK beantragt: <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nein	
8.) Qualitätsbereiche	9.) MDK Ergebnis	10.) Gleichwertiges Prüfergebnis	11.) Vergleichswert im Bundesland
8.1) Pflegerische Leistungen hier	9.1) 2,4 (gut) hier	10.1) hier	11.1) Anzahl der ambulanten Pflegedienste im Bundesland 1.632
8.2) Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen hier	9.2) 2,3 (gut) hier	10.2) hier	
8.3) Dienstleistung und Organisation hier	9.3) 3,0 (befriedigend) hier	10.3) hier	11.2) Anzahl der geprüften ambulanten Pflegedienste 322
8.4) Gesamtergebnis (aus allen 37 Fragen der drei Qualitätsbereiche) hier	9.4) 2,4 (gut) hier	10.4) hier	11.3) 2,3 (gut)
8.5) Befragung der Kunden hier	9.5) 1,4 (sehr gut) hier	10.5) hier	

Muster 2: „2. Darstellungsebene“

Beispiel: Qualitätsbereich 2 „Ärztlich verordnete pflegerische Leistungen“		
Nr.	Kriterium (in Klammern ist die Anzahl der in die Prüfung einbezogenen pflegebedürftigen Menschen angegeben, auf die das Kriterium zugetroffen hat.)	MDK-Ergebnis bzw. Ergebnis der gleichwertigen Prüfung³
18	Basieren die pflegerischen Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens? (2)	2,4
19	Entspricht die Medikamentengabe der ärztlichen Verordnung? (5)	2,5
20	Wird die Blutdruckmessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? (6)	1,8
21	Werden bei beatmungspflichtigen Menschen Vorbeugemaßnahmen gegen Pilzinfektionen in der Mundschleimhaut, Entzündungen der Ohrspeicheldrüse und Lungenentzündung sachgerecht durchgeführt? (0)	Dieses Kriterium trifft für die in die Prüfung einbezogenen pflegebedürftigen Menschen nicht zu.
22	Wird die Blutzuckermessung entsprechend der ärztlichen Verordnung durchgeführt, ausgewertet und werden hieraus die erforderlichen Konsequenzen gezogen? (8)	2,5
23	Wird die Injektion entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? (1)	2,2
24	Wird mit Kompressionsstrümpfen/-verbänden sachgerecht umgegangen? (7)	2,7
25	Wird die Katheterisierung der Harnblase entsprechend der ärztlichen Anordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? (2)	2,4
26	Wird die Stomabehandlung entsprechend der ärztlichen Verordnung nachvollziehbar durchgeführt, dokumentiert und bei Komplikationen der Arzt informiert? (1)	2,6
27	Ist bei behandlungspflegerischen Maßnahmen eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar? (10)	2,0
Bewertungsergebnis für den Qualitätsbereich		2,3

³ In dieses Feld wird der Name des Medizinischen Dienstes oder der Name der Prüfinstitution eingetragen, die eine gleichwertige Prüfung durchgeführt hat.



Mittelstraße 51, 10117 Berlin
Telefon: 030 206288-0
E-Mail: pflege@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de



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