

**MDK-Anleitung  
zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI  
in der stationären Pflege  
- 27. August 2009 -<sup>1</sup>**

Vorabversion

---

<sup>1</sup> Beschlossen durch den MDS-Vorstand am 20.10.2009.

## Gliederung

<b>1. Beratungsorientierter Prüfansatz.....</b>	<b>3</b>
---	----------

<b>2. Verfahrensablauf.....</b>	<b>3</b>
2.1 Allgemeine Angaben .....	3
2.2 Prüfungsumfang .....	4
2.3 Prüfbericht.....	5

<b>Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung der Qualität nach den §§ 114 ff. SGB XI in der stationären Pflege.....</b>	<b>9</b>
--	----------

<b>Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung in der Einrichtung (Struktur- und Prozessqualität).....</b>	<b>10</b>
1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung.....	10
2. Allgemeine Angaben .....	19
3. Aufbauorganisation Personal.....	22
4. Ablauforganisation.....	26
5. Konzeptionelle Grundlagen.....	30
6. Qualitätsmanagement .....	34
7. Pflegedokumentationssystem .....	42
8. Hygiene.....	43
9. Verpflegung .....	47
10. Soziale Betreuung.....	53

<b>Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner (Prozess- und Ergebnisqualität) .....</b>	<b>59</b>
11. Allgemeine Angaben .....	59
12. Behandlungspflege .....	60
13. Mobilität.....	76
14. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung .....	86
15. Urininkontinenz .....	91
16. Umgang mit Demenz.....	96
17. Körperpflege.....	102
18. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität.....	105
19. Sonstiges.....	110

<b>Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Befragung der Bewohner.....</b>	<b>111</b>
20. Befragung der Bewohner.....	111

## 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 Prüfteam 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.

Der 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:

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.

Für die Verteilung auf die Pflegestufen 1 bis 3 wird in der stationären Pflege der Anteil der von Bewohnern mit einer Pflegebedürftigkeit unterhalb der Pflegestufe 1 belegten Heimplätze zu je einem Drittel den Pflegestufen 1 bis 3 zugeordnet. Personen mit einer Pflegebedürftigkeit unterhalb der Pflegestufe 1 werden nicht in die Prüfung einbezogen.

Zur Gewährleistung einer Zufallsstichprobe soll die Pflegeeinrichtung eine nach Pflegestufen sortierte Liste der Heimbewohner vorlegen, innerhalb der Pflegestufe sind die Heimbewohner 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 Bewohnern nicht erreicht werden, z.B. weil weniger Bewohner 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.

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 Abs. 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 Bewohner und zur Befragung der Bewohner. 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 Bewohner
  - Zusammenfassende Darstellung zur Bewohnerbefragung.

Im Prüfbericht sind die im Folgenden dargestellten Anforderungen zu beachten:

### **Prüfmaßstab**

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

### 1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

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

<b>Position 1-6</b>	erster Tag der Prüfung = TTMMJJ	
<b>Position 7</b>	stationär	= S
	ambulant	= A
	Tagespflege	= T
	Nachtpflege	= N
	Kurzzeitpflege	= K
<b>Position 8-10</b>	laufende Nummer der Prüfung im jeweiligen MDK/SMD	
<b>Position 11-12</b>	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
<b>Beispiel:</b> <b>300709S00524</b> <b>(Prüfung am 30.07.09, vollstationäre Einrichtung, laufende Nr. 5, MDK Thüringen)</b>		

Die Angaben zu den Fragen 1.2 bis 1. 11 werden automatisiert in den Bericht übernommen.

### 2. Zusammenfassende Beurteilung

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

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 Bewohner zu berücksichtigen.

## Anlagen zum Prüfbericht

### Erhebungsbogen Einrichtung

Hier werden die Ergebnisse der Fragen der **Kapitel 2 bis 10** 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 6.6: 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 Bewohner

Hier werden die Erhebungsbogen für jeden Inaugenschein genommenen Bewohner aufgenommen.

In **Kapitel 11** werden die allgemeinen Daten für den jeweils Inaugenschein genommenen Bewohner in anonymisierter Form dargestellt.

Anschließend werden die Ergebnisse der Fragen der **Kapitel 12 bis 18** des Erhebungsbogens zur Prüfung des jeweils Inaugenschein genommenen Bewohners dargestellt.

In den **Kapiteln 12 bis 18** wird das Ergebnis der Prüfung zu jeder Frage für jeden Bewohner automatisch in den Prüfbericht übernommen. Nicht erfüllte Fragen sind mit dem Ziel einer besseren Nachvollziehbarkeit im Freitext zu erläutern. Die Freitextpassagen aus dem Erhebungsbogen werden in den Prüfbericht übernommen und ggf. zur Konkretisierung ergänzt oder modifiziert. Fragen, die für den Bewohner nicht zutreffen, werden nicht in den Prüfbericht übernommen.

Antwortmöglichkeiten je Bewohner:

- Ja
- Nein.

**Kapitel 19** (Sonstiges) ist ein reines Freitextfeld.

In **Kapitel 20** wird eine Befragung der Inaugenschein genommenen und erforderlichenfalls weiterer Bewohner zu ihrer Zufriedenheit mit den Leistungen der Pflegeeinrichtung durchgeführt. Die Ergebnisse der Befragung

werden zusammenfassend im Prüfbericht dargestellt.

Antwortmöglichkeiten je Frage:

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

Vorabversion

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

### **Allgemeine Hinweise**

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

Soweit sich Sachverhalte für den Prüfbericht nicht eindeutig aus den Ankreuzoptionen der Kriterien ableiten lassen, sind diese im Freitext kurz zu beschreiben. Sind Kriterien durch alternative fachlich gleichwertige Lösungen erfüllt, sind diese Kriterien ebenfalls 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**

- ja
- nein
- t.n.z. = trifft nicht zu
- k.A.= keine Angabe
- E = Empfehlung
- n.e = nicht erforderlich

- M = Mindestangaben
- Info = Informationsfrage
- Txx = Transparenzkriterium
- B = sonstige Bewertungsfrage

#### **Nur bei Bewohnerzufriedenheit**

- immer
- häufig
- geleg. = gelegentlich
- nie

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

### 1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

<small>M/Info</small>	
1.1	Auftragsnummer:

Erläuterung zur Prüffrage 1.1:

Hier ist eine Auftragsnummer zu vergeben. Sie dient der Identifikation des Prüfberichtes auch im Hinblick auf die Berichtspflicht nach § 118 Abs. 4 SGB XI. Zur Gestaltung der Auftragsnummer siehe 2.3 Prüfbericht.

Vorabversion

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

Erläuterung zur Prüffrage 1.2:**Institutionskennzeichen**

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

**Trägerart**

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

**Datum der Inbetriebnahme der Einrichtung**

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

**Zertifizierung**

Nach Möglichkeit sollte das Zertifizierungsunternehmen im Freitext benannt werden.

Vorabversion

1.3 Daten zur Prüfung		M/Info		
a. Auftraggeber / Zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input type="checkbox"/> AOK	<input type="checkbox"/> KBS		
	<input type="checkbox"/> BKK	<input type="checkbox"/> LKK		
	<input type="checkbox"/> IKK	<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 der Einrichtung				
e. Prüfende(r) Gutachter				
f. An der Prüfung Beteiligte	<input type="checkbox"/> Pflegekasse	Namen		
	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger			
	<input type="checkbox"/> Heimaufsicht			
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt			
	<input type="checkbox"/> Trägerverband			
	<input type="checkbox"/> Sonstige: welche?			
g. Ansprechpartner des MDK	Name			
	E-Mailadresse			

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.

<small>M/Info</small>		
<b>1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI</b>		
a. <input type="checkbox"/> Regelprüfung		
b. <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Beschwerde Bewohner, Angehörige o.ä.) <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		
	TT.MM.JJ	
f. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	<input type="checkbox"/> Heimaufsicht	MM.TT
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	
	<input type="checkbox"/> Sonstige	
	<input type="checkbox"/> keine Angaben	
	<input type="checkbox"/> Prüfung nach anerkanntem Prüfverfahren	

Erläuterung zur Prüffrage 1.4: Keine.

<small>M/Info</small>
<b>1.5 Von der Pflegeeinrichtung zur Prüfung vorgelegte Unterlagen?</b>

	ggf. Datum	liegt vor	liegt nicht vor	t.n.z.	n.e.
Aufstellung über die Anzahl der vorgehaltenen und belegten Wohnplätze sowie der versorgten Bewohner, differenziert nach Wohnbereichen und Pflegestufen mit Datum		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
wohnbereichsbezogene Aufstellung über die Anzahl der Bewohner mit:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
- Wachkoma					<input type="checkbox"/>
- Beatmungspflicht					
- Dekubitus					
- Blasenkatheter					
- PEG-Sonde					
- Fixierung					
- Kontraktur					
- vollständiger Immobilität					
- Tracheostoma					
- MRSA					
- Diabetes mellitus					
Versorgungsvertrag der Einrichtung/Strukturhebungsbogen		<input type="checkbox"/>	<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 und Betreuung 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 von der Einrichtung vorgehaltenen Pflegehilfsmittel/Hilfsmittel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Dienstpläne		<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"/>
Hauswirtschaftskonzept		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Konzept soziale Betreuung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pflegedokumentationssystem		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Schriftliche Mitteilung an Landesverbände der Pflegekassen über Zusatzleistungen nach § 88 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI		<input type="checkbox"/>	<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"/>
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"/>
Organigramm		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Nachweise externes Qualitätsmanagement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pflegestandards/Leitlinien/Richtlinien		<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"/>
Hauswirtschaftsbezogene Ausbildungsnachweise der hauswirtschaftlichen Mitarbeiter		<input type="checkbox"/>	<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. „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	<b>Art der Einrichtung und Versorgungssituation</b>

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

Erläuterung zur Prüffrage 1.6:

Die vorgehaltenen Plätze sind nach Angabe der Pflegeeinrichtung einzutragen.

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

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

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

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

M/Info
<b>1.7 Struktur der Wohn- und Pflegebereiche</b>

Wohn-/Pflegebereich	Bereich auf 1 Ebene	Anzahl Zimmer mit Wohnplätze				Anzahl Bewohner	davon PEA	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegestufe						
		1	2	3	> 3			keine	I	II	III	davon Härtefälle	noch nicht eingestuft	
	ja <input type="checkbox"/>													
	nein <input type="checkbox"/>													
	ja <input type="checkbox"/>													
	nein <input type="checkbox"/>													
	ja <input type="checkbox"/>													
	nein <input type="checkbox"/>													
	ja <input type="checkbox"/>													
	nein <input type="checkbox"/>													
	ja <input type="checkbox"/>													
	nein <input type="checkbox"/>													
<b>Gesamt:</b>														

Erläuterung zur Prüffrage 1.7:

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

PEA = Person mit eingeschränkter Alltagskompetenz.

M/Info	
<b>1.8</b>	<b>Nach Angabe der Pflegeeinrichtung Anzahl Bewohner mit:</b>
a.	Wachkoma
b.	Beatmungspflicht
c.	Dekubitus
d.	Blasenkatheter
e.	PEG-Sonde
f.	Fixierung
g.	Kontraktur
h.	vollständiger Immobilität
i.	Tracheostoma
j.	MRSA
k.	Diabetes mellitus

Erläuterung zur Prüffrage 1.8:

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

M/Info		ja	nein
<b>1.9</b>	<b>Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Wenn ja, welcher?</b>			

Erläuterung zur Prüffrage 1.9:

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)

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 1.10:

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

§ 88 SGB XI lautet:

„(1)Neben den Pflegesätzen nach § 85 und den Entgelten nach § 87 darf das Pflegeheim mit den Pflegebedürftigen über die im Versorgungsvertrag vereinbarten notwendigen Leistungen hinaus (§ 72 Abs. 1 Satz 2 SGB XI) gesondert ausgewiesene Zuschläge für

1. besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie
2. zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen

vereinbaren (Zusatzleistungen). Der Inhalt der notwendigen Leistungen und deren Abgrenzung von den Zusatzleistungen werden in den Rahmenverträgen nach § 75 festgelegt.

(2) Die Gewährung und Berechnung von Zusatzleistungen ist nur zulässig, wenn:

3. dadurch die notwendigen stationären oder teilstationären Leistungen des Pflegeheimes (§ 84 Abs. 4 und § 87) nicht beeinträchtigt werden,
4. die angebotenen Zusatzleistungen nach Art, Umfang, Dauer und Zeitabfolge sowie die Höhe der Zuschläge und die Zahlungsbedingungen vorher schriftlich zwischen dem Pflegeheim und dem Pflegebedürftigen vereinbart worden sind,
5. das Leistungsangebot und die Leistungsbedingungen den Landesverbänden der Pflegekassen und den überörtlichen Trägern der Sozialhilfe im Land vor Leistungsbeginn schriftlich mitgeteilt worden sind.“

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 1.11:

Zur Erfüllung ihres Versorgungsauftrages können zugelassene vollstationäre Pflegeeinrichtungen mit anderen Leistungserbringern kooperieren. Bei pflegerischen Leistungen darf nur mit zugelassenen Leistungserbringern (§ 72 SGB XI) kooperiert werden. Soweit eine 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.

**Literatur zu Kapitel 1:**

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen in der teilstationären Pflege von 1996 und in der Kurzzeitpflege von 1995

**2. Allgemeine Angaben**

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

Erläuterung zur Prüffrage 2.1:

Die Überprüfung der baulichen Ausstattung ist eine originäre Aufgabe der Heimaufsicht. Eine systematische Überprüfung der baulichen Ausstattung (z.B. Überprüfung der Rufanlage in der gesamten Einrichtung) im Rahmen der MDK-Prüfung findet nicht statt. Gleichwohl sind Defizite, die dem Prüftteam bei der Erhebung der für den MDK relevanten Prüfinhalte auffallen, zu erfassen und im Prüfbericht zu benennen.

		ja	nein	E.
2.2	<b>Wird bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen?</b>			<input type="checkbox"/>
<small>M/T56/B</small>				
a.	Ist die Gestaltung der Bewohnerzimmer z.B. mit eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungstücken sowie die Entscheidung über ihre Platzierung möglich?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>				
b.	Mitnahme Wäsche möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>				
c.	abschließbare Schubladen oder Fächer stehen für jeden Bewohner zur Verfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/T57/B</small>				
d.	Wirken die Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Ausfüllanleitung zu 2.2a:**

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn konzeptionell beschrieben ist, dass eine individuelle Gestaltung der Bewohnerzimmer möglich ist. Dazu können z. B. die Mitnahme von eigenen Möbeln, persönlichen Gegenständen und Erinnerungstücken gehören sowie die Entscheidung über deren Platzierung. Ggf. sollte eine Verifizierung der Konzeption durch die Besichtigung einiger Zimmer erfolgen.

Erläuterung zur Prüffrage 2.2a:

Ggf. bedeutet, dass bei den in die Zufallstichprobe einbezogenen Bewohnern die individuelle Gestaltung der Bewohnerzimmer zu prüfen ist.

Erläuterung zur Prüffrage 2.2b: Keine.Erläuterung zur Prüffrage 2.2c: Keine.**Ausfüllanleitung zu 2.2d:**

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

Erläuterung zur Prüffrage 2.2d:

Ggf. bedeutet, dass dies bei der Befragung der Bewohner zu verifizieren ist.

Fachlicher Hintergrund:

Die individuelle Gestaltung dient nicht nur der Privatheit und Wohnlichkeit der Bewohnerzimmer, sondern auch der Orientierung von Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Einschränkungen. Die Mitnahme von Erinnerungstücken (z. B. Erinnerungsalbum mit Fotos und kleinen erklärenden Texten), erleichtert die Kommunikation und die Anwendung z.B. von Validation und Biographiearbeit.

		ja	nein	l.n.z.	E.
2.3	<b>Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen trifft für die Einrichtung Folgendes zu:</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T40/B</small>					
a.	Sind zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen vorhanden (auch nachts)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/T41/B</small>					
b.	Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/T42/B</small>					
c.	Gibt es eine identifikationserleichternde Milieugestaltung in Zimmern und Aufenthaltsräumen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/T43/B</small>					
d.	Wird mit individuellen Orientierungshilfen, z.B. Fotos, gearbeitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 2.3:

Die Frage ist einschließlich aller Unterkriterien mit „t.n.z.“ zu beantworten, wenn keine Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen in der Einrichtung leben.

**Ausfüllanleitung zu 2.3a:**

Das Kriterium ist erfüllt, wenn den betroffenen Heimbewohnern entsprechende Aufenthaltsräume jederzeit -auch nachts- zur Verfügung stehen und sie die Möglichkeit haben, ihrem oftmals erhöhten Bewegungsdrang in der Einrichtung nachzugehen.

Erläuterung zur Prüffrage 2.3a: Keine.

**Ausfüllanleitung zu 2.3b:**

Gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien sind vorhanden, wenn die Bewohner jederzeit das Gebäude des Pflegeheims verlassen können und sich im Außenbereich ohne besondere Gefährdung aufhalten können, z. B. in einem umzäunten Garten oder mit Begleitung.

Erläuterung zur Prüffrage 2.3b:

Wenn keine gesicherten Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden sind, muss sichergestellt sein, dass die Bewohner jederzeit in Begleitung die Einrichtung verlassen können. Die Einrichtung muss darlegen, wie sie die Begleitung sicherstellt.

**Ausfüllanleitung zu 2.3c:**

Eine identifikationserleichternde Milieugestaltung in Zimmern ist gegeben, wenn die Bewohner die Zimmer entsprechend ihrer Lebensgewohnheiten gestalten können und diese durch Differenzierungen (z.B. Bilder, Symbole oder Farben) gut unterschieden werden können.

Erläuterung zur Prüffrage 2.3c: Keine.

**Ausfüllanleitung zu 2.3d:**

Neben Fotos kommen hier auch Bilder oder andere persönliche Gegenstände in Betracht.

Erläuterung zur Prüffrage 2.3d: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Im Interesse einer Versorgung und Pflege, die den besonderen Anforderungen von Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Einschränkungen gerecht wird, sollten u.a. folgende Ausstattungsmerkmale berücksichtigt werden:

- dem erhöhten Mobilitätsbedürfnis eines bestimmten Kreises von Bewohnern sollte durch ausreichend große Aufenthaltsbereiche (z.B. Nachtcafé, Aufenthaltsräume) und Bewegungsmöglichkeiten in der Einrichtung auch in der Nacht Rechnung getragen werden
- eine identifikationserleichternde Milieugestaltung (Gestaltung entsprechend den Lebensgewohnheiten der Bewohner) in Zimmern und Aufenthaltsräumen sollte sichergestellt werden
- zur leichteren Orientierung sollten die Gestaltungsmöglichkeiten der Beleuchtung genutzt werden
- individuelle Orientierungshilfen sollten angewandt werden.

		M/B	ja	nein	ln.z.	E.
2.4	<b>Ist für die Bewohner bei Bedarf das jederzeitige Verlassen und Betreten der Pflegeeinrichtung gewährleistet (z.B. durch Pförtner, Vergabe von Schlüsseln, Klingel etc.)?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 2.4:

Die Frage ist mit „t.n.z.“ zu beantworten, wenn es sich um sogenannte beschützte Einrichtungen oder einen beschützten Wohnbereich handelt.

Fachlicher Hintergrund:

Es muss gewährleistet sein, dass die Bewohner die Pflegeeinrichtung bei Bedarf jederzeit verlassen und aufsuchen können. Hierzu bestehen mehrere Möglichkeiten, z.B.:

- durchgehende Öffnung der Einrichtung
- Pförtner
- Vergabe von Schlüsseln für die Bewohner auf Anforderung oder als Regelangebot
- Rufanlage.

**Literatur zu Kapitel 2:**

Daneke S (2004): Behaglich und funktional. Altenheim, 6, 44-46.

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003.

BMG, KDA (Hrsg.) (2004): Planungshilfe Verbesserung der Wohnatmosphäre im Heim unter besonderer Berücksichtigung der Bedürfnisse von Menschen mit Demenz. Köln.

Maciejewski B, Sowinski C, Besselmann K et al. (2001): Qualitätshandbuch Leben mit Demenz, II/17 ff., Köln.

Powell J (2002): Hilfen zur Kommunikation bei Demenz, 46 ff., Köln.

**3. Aufbauorganisation Personal**

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

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 3.1:

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

Fachlicher Hintergrund:

Zur Umsetzung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements (§ 112 SGB XI) ist ein Organigramm oder eine vergleichbare Darstellung unverzichtbar.

Unter Organigramm wird die grafische 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.

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

Erläuterung zur Prüffrage 3.2: Keine.

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

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 3.3:

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

Info	
3.4	<b>Wie groß ist der Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft in dieser Einrichtung?</b>
	<b>Stunden</b>

Erläuterung zur Prüffrage 3.4:

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 3.5:

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 3.6: Keine.

3.7 Die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft erfüllt folgende Kriterien:		ja	nein	E
B				<input type="checkbox"/>
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 gesamten Prüffrage 3.7:

Bei Abschluss des Versorgungsvertrages haben die Landesverbände der Pflegekassen die Anforderungen an die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft zu überprüfen. Ist die aktuell tätige stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft von den Landesverbänden der Pflegekassen anerkannt, sind die Kriterien mit „ja“ zu beantworten. Eine weitere Überprüfung durch den MDK 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.

Vorabversion

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

Erläuterung zur Prüffrage 3.8:

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

Die Tabelle im Erhebungsbogen gibt einen Überblick über die Personalzusammensetzung in den Bereichen Pflege, soziale Betreuung und hauswirtschaftliche Versorgung in der Einrichtung. 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. (§ 20 Abs. 2 Satz 2 Rahmenvertragsempfehlungen nach § 75 Abs. 5 SGB XI teilstationäre Pflege und Kurzeitpflege, § 21 Abs. 2 Satz 2 vollstationäre Pflege.)

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

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

Die Betreuungskräfte nach § 87b SGB XI sind unter „Soziale Betreuung – Sonstige“ aufzunehmen.

### Literatur zu Kapitel 3:

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

## 4. Ablauforganisation

		ja	nein	E.
<b>4.1</b>	<b>Ist die Pflege im Sinne der Bezugspflege organisiert?</b>			<input type="checkbox"/>
	<small>MB</small>			
a.	Verantwortlichkeit für Planung, Durchführung und Bewertung der Pflege als Aufgabe für Pflegefachkraft geregelt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>MB</small>			
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 Bewohnern zu bestimmten Pflegemitarbeitern 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 und räumlichen Möglichkeiten werden die Bewohner von ihnen zugeordneten pflegerischen Bezugspersonen kontinuierlich, individuell und umfassend betreut.

Pflegefachkräfte, welche die Verantwortung für den Pflegeprozess tragen, sind zuständig für alle Belange des Bewohners. 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 Bewohner bei. Sie ist die Voraussetzung, dass der Bewohner Vertrauen fassen und sich verstanden fühlen kann. Kontinuierliche Betreuung der Bewohner hängt vom Willen

und von der Fähigkeit der Pflegenden zur Beziehungsaufnahme ab. Beziehungsfähigkeit, Beziehungswille und Kontinuität sind unabdingbare Voraussetzungen für die Bezugspflege.

Die Frage zielt auf Regelungen ab, die eine bewohnerorientierte Pflege gewährleisten.

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

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 4.2:

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

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

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

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

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

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 (Pflegeteildat, 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.
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 und Einsatzort	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
d.	vollständige Namen (Vor- und Zunamen)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
e.	Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
f.	Umfang des Beschäftigungsverhältnisses (Wochen- oder Monatsarbeitszeit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
g.	Legende für Dienst- und Arbeitszeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
h.	Datum	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
B				
i.	Unterschrift der verantwortlichen Person	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B				
j.	Übergabezeiten und Zeiten für Teambesprechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur gesamten 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.

Die Dienstübergabe ist ein Informations- und Kommunikationsinstrument für die Mitarbeiter der verschiedenen Dienstsichten 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 Übergabezeiten innerhalb der regulären Dienstzeit einzuplanen. Das erforderliche Zeitbudget beziehungsweise die jeweils vorgesehene Informationsübermittlung ist u.a. abhängig von der Pflegeorganisation, der Größe des Wohnbereiches und dem Bewohnerklientel. Bekannte Arbeitszeitmodelle ermöglichen zwischen Früh- und Spätdienst eine ausführlichere und zwischen den anderen Diensten eine kürzere Übergabe. Dies muss auch bei flexiblen Arbeitszeitmodellen gewährleistet werden. Übergaberegeln müssen allen Mitarbeitern bekannt sein.

Zunehmend Bedeutung finden Übergabeformen wie z.B. Übergabe am Bett unter Einbezug der Pflegedokumentation, oder per EDV generierten Übergabeprotokollen. Findet eine Übergabe im herkömmlichen Sinn statt, sollten vermeidbare Störungen vermieden werden und allen Beschäftigten der Einrichtung die Übergabezeiten bekannt sein.

Die rechtliche Verpflichtung zum Führen von Dienstplänen ergibt sich u.a. aus den Rahmenverträgen nach § 75 Abs. 1 SGB XI zur vollstationären Pflege.

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

		ja	nein	E.
<b>4.5</b>	<b>Ist durch die Personaleinsatzplanung eine kontinuierliche Pflege- und Versorgung der Bewohner gegeben?</b>			<input type="checkbox"/>
	<small>M/B</small>			
a.	Kontinuität in der Pflege von Montag bis Freitag tagsüber gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>M/B</small>			
b.	Kontinuität in der Pflege nachts gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>M/B</small>			
c.	Besetzung an Wochenenden/Feiertagen mit Wochentagen vergleichbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>M/B</small>			
d.	Kontinuität in der sozialen Betreuung gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>M/B</small>			
e.	Kontinuität in der hauswirtschaftlichen Versorgung gegeben	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 4.5:

Anhand der Dienstpläne ist zu bewerten, ob die Personalbesetzung kontinuierlich ist.

Erläuterung zur Prüffrage 4.5a:

Hier ist zu bewerten, ob Schwankungen zwischen den Wochentagen oder zwischen Früh- und Spätdiensten vermieden werden.

Erläuterung zur Prüffrage 4.5b:

Hier ist zu bewerten, ob immer mindestens eine Pflegefachkraft anwesend ist und Schwankungen zwischen verschiedenen Nächten vermieden werden.

Erläuterung zur Prüffrage 4.5c:

Eine vergleichbare Besetzung ist gegeben, wenn die Besetzung am Wochenende die Besetzung in der Woche nicht wesentlich unterschreitet.

Erläuterung zur Prüffrage 4.5d:

Hier ist zu bewerten, ob soziale Betreuung zu unterschiedlichen Tageszeiten und auch am Wochenende angeboten wird.

Erläuterung zur Prüffrage 4.5e:

Hier ist zu bewerten, ob die hauswirtschaftliche Versorgung täglich gewährleistet ist.

Fachlicher Hintergrund:

Die soziale Betreuung ist ein wesentlicher Bestandteil des Leistungsangebotes in der stationären Pflege. Sie muss entsprechend dem Bedarf der Bewohnerklientel angeboten werden. Es ist davon auszugehen, dass nahezu täglich zu verschiedenen Tageszeiten Angebote der sozialen Betreuung erforderlich sind. Es ist zu überprüfen ob nachvollziehbar eine soziale Betreuung an allen Wochentagen, einschließlich Wochenende erfolgen kann, z.B. durch Einsatz von Betreuungsmitarbeitern an den Wochenenden bzw. Übertragung von Betreuungsaufgaben an den Wochenenden an Pflegekräfte, Praktikanten usw. (ggf. sind Stellenbeschreibungen und Betreuungspläne zu überprüfen, in den Stellenbeschreibungen sollten z.B. Betreuungsaufgaben der Mitarbeiter Pflege enthalten sein, wenn diese solche Aufgaben durchführen). Wenn Mitarbeiter der Pflege am Wochenende Betreuungsaufgaben wahrnehmen sollen, muss dies bei der Personaleinsatzplanung berücksichtigt werden; ihre Anzahl kann dann nicht geringer sein als in der Woche.

Die personelle Besetzung für die hauswirtschaftliche Versorgung ist von der Organisation der hauswirtschaftlichen Leistungserbringung abhängig. Auch bei reduzierter Reinigung am Wochenende muss die Hygiene in sensiblen Bereichen gewährleistet sein, die Bewohner müssen mit ausreichender Wäsche versorgt sein. Hier ist insbesondere zu berücksichtigen, ob jederzeit auch im Spätdienst, an den Wochenenden und Feiertagen eine angemessene hauswirtschaftliche Versorgung stattfinden kann.

		ja	nein	E.
<b>4.6</b>	<b>Ist die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohner adäquat?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<small>M7B</small>			

Erläuterung zur Prüffrage 4.6: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Bei der Beantwortung der Frage handelt es sich um eine fachliche Einschätzung, bei der der Zusammenhang mit anderen während der Qualitätsprüfung erhobenen Fragen/Kriterien berücksichtigt wird. Die Angabe absoluter Zahlen ist nicht ausreichend.

Im Pflegebereich ist die personelle Besetzung anhand der Dienstpläne von drei vollen Monaten differenziert nach Pflegefachkräften und sonstigen Pflegekräften für den Früh-, Spät- und Nachtdienst einzubeziehen.

Mindestanforderung ist, dass die von der Pflegeeinrichtung angebotene Pflege unter ständiger Verantwortung einer ausgebildeten Pflegefachkraft durchzuführen ist. Es muss daher ständig eine Pflegefachkraft anwesend sein.

Zu berücksichtigen sind Kriterien wie Eignung der Ruffanlage, bauliche Gegebenheiten, Anzahl und Struktur der Bewohner, insbesondere pflegerische Verrichtungen wie Lagerungswechsel, Betreuung gerontopsychiatrisch beeinträchtigter Bewohner, Inkontinenzversorgung, Getränke anreichen, Mundpflege.

**Literatur zu Kapitel 4:**

Brüggemann J (2001): PDL: Peilen, Durchblicken, Lösen. Forum Sozialstation, 4, 19-21.

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen in der teilstationären Pflege von 1996, Ziffer 3.1.1.4 und in der Kurzzeitpflege von 1995,

Igl G (2000): Gibt es einen Königsweg zur berufsrechtlichen Festigung der Pflege? Kinderkrankenschwester, 2, 61-66.

Kämmer, K (2007): Pflegemanagement in Altenpflegeeinrichtungen. Hannover.

Müller H (2005) Arbeitsorganisation in der Altenpflege. Hannover.

Sowinski Ch et al. (2000): Organisation und Stellenbeschreibungen in der Altenpflege. KDA Forum Band 36, Teil 1., 5, 6, 93, 97, 98, 112, 113.

Wipp M, Wagner W (2005): Der Regelkreis der Einsatzplanung, Personalermittlung, Mitarbeiterereinsatzplanung und Dienstplangestaltung. Hannover.

**5. Konzeptionelle Grundlagen**

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

Erläuterung zur gesamten 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 1.9 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 räumliche Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
i.	Aussagen zur personellen Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
j.	Aussagen zur sachlichen Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 5.2:

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

Fachlicher Hintergrund:

„Die vollstationäre 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 Bewohner 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 Pflege-theorien 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 Pflege-theorien 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.

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

B		ja	nein	E.
5.3	<b>Ist das Pflegekonzept den Mitarbeitern in der Pflege bekannt?</b>	<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.

B		ja	nein	E.
5.4	<b>Gibt es schriftliche Regelungen bezüglich der sozialen Betreuung in einem Konzept?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 5.4:

Ziele und innerbetrieblich geregelte Verfahrensweisen zu Leistungen der sozialen Betreuung sollten in Ausrichtung auf die Gesamtzielsetzung der Einrichtung (das Leitbild, die Unternehmensphilosophie) definiert und abgestimmt sein. Diese Aussagen können sich im Einrichtungskonzept, im Pflegekonzept, im Konzept zur sozialen Betreuung oder in ähnlichen Konzepten finden.

Das Konzept zur sozialen Betreuung soll auf die Bewohnerklientel ausgerichtet sein.

B		ja	nein	t.n.z.	E.
5.5	<b>Liegt ein geeignetes schriftliches Konzept zur hauswirtschaftlichen Versorgung vor?</b>				<input type="checkbox"/>
a.	Aussagen zur Leistungsgestaltung <b>Verpflegung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
b.	Aussagen zur Leistungsgestaltung <b>Hausreinigung</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
c.	Aussagen zur Leistungsgestaltung <b>Wäscheservice</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
d.	Aussagen zur Kooperation mit anderen Diensten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
e.	Aussagen zur personellen Ausstattung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 5.5a: Keine.

Erläuterung zur Prüffrage 5.5b: Keine.

Erläuterung zur Prüffrage 5.5c: Keine.

Erläuterung zur Prüffrage 5.5d:

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

Erläuterung zur Prüffrage 5.5e:

Wenn alle Leistungsbereiche der hauswirtschaftlichen Versorgung durch externe Anbieter erbracht werden, ist bei „Aussagen zur personellen Ausstattung“ „t.n.z.“ anzukreuzen.

Fachlicher Hintergrund:

Im Versorgungskonzept sind die Grundsätze der Leistungsgestaltung zu den einzelnen Bereichen der Unterkunft und der Verpflegung (Verpflegung, Hausreinigung, Wäscheservice, Hausgestaltung, Haustechnik) schriftlich darzulegen. Zur Kooperation mit anderen Diensten sind Aussagen zu treffen, dies ist von besonderer Bedeutung, wenn Leistungen im Bereich Hauswirtschaft von externen Anbietern erbracht werden. Auch Aussagen zur personellen Ausstattung sind erforderlich.

Reinigungsleistungen stehen in enger Beziehung zur Hygiene und im Wohnbereich zum Wohlbefinden und zur Gesundheit der Bewohner. Dabei sind rechtliche Forderungen (z.B. Infektionsschutzgesetz) zu erfüllen. Eine Leistungsbeschreibung der zu erbringenden Reinigungsleistungen ist daher erforderlich. Bei der Planung und Steuerung der Arbeitsabläufe sind die Bedürfnisse und Wünsche der Bewohner zu beachten. In der Leistungsbeschreibung zur hauswirtschaftlichen Versorgung sollte die regelmäßige Raumpflege (Grundreinigung, Unterhaltsreinigung), die unverzügliche Beseitigung von Verunreinigungen (Sichtreinigung) sowie die Berücksichtigung des Tagesablaufs der Bewohner (Schlaf-, Essens- und Ruhezeiten) berücksichtigt werden.

Zur Sicherung einer auf den notwendigen Bedarf abgestimmten und sachgerechten Wäscheversorgung ist eine Leistungsbeschreibung erforderlich. Die Wäscheversorgung soll so gestaltet sein, dass Sauberkeit von Textilien im Wohn-, Ess-, Schlaf-, Bekleidungs- und Hygienebereich der Bewohner, in den Gemeinschaftsbereichen sowie in den Arbeitsbereichen der Pflege sichergestellt ist. Die Bedeutung der Wäsche und Kleidung für die Individualität und Selbstbestimmung ist insbesondere bei Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen zu beachten.

		ja	nein	l.n.z.	E.
<b>5.6</b>	<b>Ist das Konzept zur hauswirtschaftlichen Versorgung den Mitarbeitern bekannt?</b>				<input type="checkbox"/>
	B				
a.	Mitarbeitern Pflege bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
b.	Mitarbeitern Hauswirtschaft bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 5.6:

Entsprechende Nachweisdokumente sind einzusehen. Alternativ können die Mitarbeiter auch befragt werden.

Erläuterung zur Prüffrage 5.6a: Keine.

Erläuterung zur Prüffrage 5.6b:

Wenn alle Leistungsbereiche der hauswirtschaftlichen Versorgung durch externe Anbieter erbracht werden, ist bei „Mitarbeitern Hauswirtschaft bekannt“ „l.n.z.“ anzukreuzen.

**Literatur zu Kapitel 5:**

Caritasverband für die Diözese Münster e.V. (2003): Projekt Zukunftsfähigkeit der stationären Altenhilfeeinrichtungen: Handlungsempfehlungen für den Umgang mit dementiell erkrankten Bewohnern – Eine Arbeitshilfe für die stationäre Altenhilfe, AEDL 7: Sich kleiden können, Münster, 39-41.

Friesacher H (2001): Pflegewissenschaft. Einführung – Bedeutung und Stellung der Pflegewissenschaft: wissenschaftstheoretische Bezüge. Studienbrief Pflegewissenschaft 1. Fernfachhochschule Hamburg. Hamburg.

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen in der teilstationären Pflege von 1996, Ziffer 3.2.4 und in der Kurzzeitpflege von 1995

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003

Löser P (2008): Pflegekonzepte in der stationären Altenpflege. Hannover.

Meleis A (1997): Die Theorienentwicklung der Pflege in den USA. Schaeffer D et al.: Pflege-theorien. Bern et al., 17-37.

Moers M, Schaeffer D, Steppe H (1997): Pflege-theorien aus den USA – Relevanz für die deutsche Situation. Schaeffer D et al.: Pflege-theorien. Bern et al., 281-295.

Schnepf W (1997): Perspektiven der Pflegewissenschaft. Pflege, 10, 96-101.

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

## 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"/>

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	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"/>

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:

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

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

B	ja	nein	l.n.z.	E.
6.3 Werden die für die stationäre Pflege relevanten Aussagen der Expertenstandards des DNQP <sup>2</sup> 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"/>		

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 6.3: Keine.

<sup>2</sup> 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:

**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.

Fachlicher Hintergrund:

Maßnahmen der internen Qualitätssicherung können insbesondere sein:

- die Einrichtung von Qualitätszirkeln
- die Einsetzung eines Qualitätsbeauftragten mit Nachweis über dessen Tätigkeit seit seiner Benennung
- die Entwicklung, Anwendung und Weiterentwicklung von Standards/Richtlinien (Verfahrensstandards)
- Pflegevisiten mit Ergebnisbesprechungen
- Fallbesprechungen
- die 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 mehrere 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 Bewohner 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 die Pflegeeinrichtung ungewöhnlich oder risikobehaftet sind
- Einzug der Bewohner in die stationäre Einrichtung
- Gespräch vor oder bei dem Einzug
- Krankenhausaufenthalt der Bewohner
- Notfälle
- Sterbebegleitung
- Umgang mit Verstorbenen.

Die **Pflegevisite** wird als Besuch beim Bewohner 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 Bewohner die Ziele und Maßnahmen zu vereinbaren. Die Pflegevisite ist ein Planungs- und Bewertungsinstrument, das bewohner- 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 Bewohners und ggf. seiner Angehörigen im Sinne einer individuellen und bewohnerzentrierten Pflege in die Planung und Bewertung der Pflege
- Entscheidung des Bewohners für oder gegen eine Maßnahme auf der Basis einer kompetenten Beratung durch die Pflegefachkraft
- Steigerung der Zufriedenheit des Bewohners 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 Bewohners (in der stationären Pflege ggf. die Wohnbereichsleitung) oder andere speziell für diese Aufgabe qualifizierte Mitarbeiter die Pflegevisite übernehmen.

Mit **Fallbesprechungen** können Mitarbeiter in der Pflegeeinrichtung die Pflegesituation eines Bewohners 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 Qualitätsmanagementhandbuchs**

Von der Entwicklung eines Qualitätsmanagementhandbuchs 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.

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

#### Erläuterung zur Prüffrage 6.5:

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

Fachlicher Hintergrund:

Beispiele für interne Qualitätskontrollen in den Leistungsbereichen der Hauswirtschaft sind:

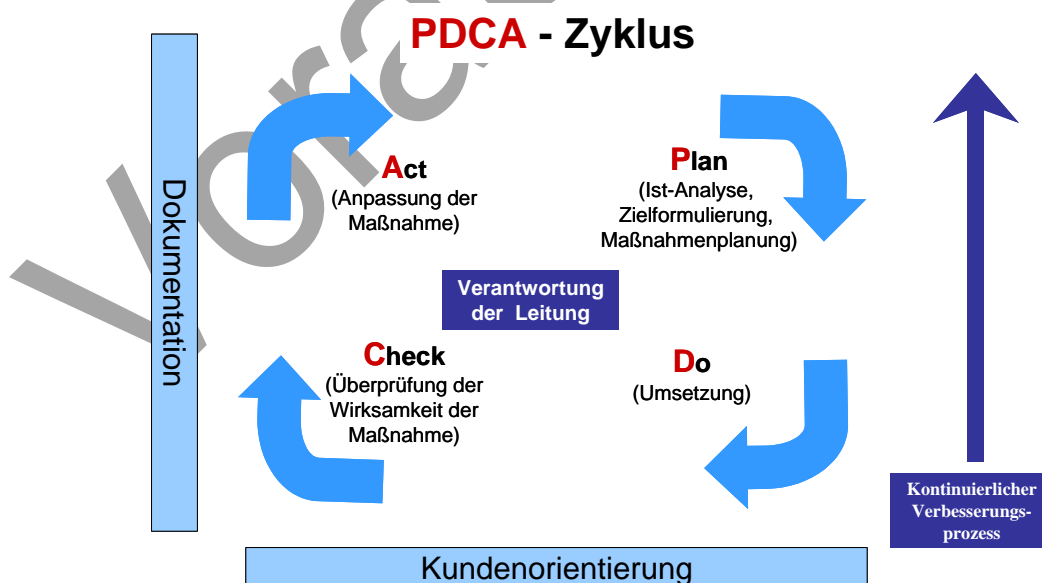
- Visiten der verantwortlichen Fachkraft zu den verschiedenen Leistungsbereichen der Hauswirtschaft (Verpflegung, Hausreinigung, Hausgestaltung, Haustechnik)
- Beteiligung am Beschwerde-Managementsystem
- Prüfung der Prozesse im Verpflegungsbereich: Eigenkontrollsystem zur Sicherung des Hygienestandards auf der Grundlage des HACCP-System (Harzard Analysis and Critical Control Points: Risikoanalyse und Überwachung kritischer Kontrollpunkte)
- Prüfung der Prozesse im Reinigungsbereich: Leistungs- und Qualitätsbeschreibungen mit Kontroll- und Checklisten der Reinigungsverfahren und Ergebnisse
- Prüfung der Prozesse im Wäschebereich: Überwachung der Textilbeschaffung, Wäschekontrolllisten
- Befragung, Gespräche mit Bewohnern zur Zufriedenheit mit Leistungen der Ernährung (Speisen und Getränke, Service), der Reinigungsdienste, des Wäsche- und Kleiderservice, der Wohnlichkeit im eigenem Wohnbereich und in den Gemeinschaftsbereichen (Hausgestaltung).

		ja	nein	E.
6.6	<b>Wird das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (im Sinne des PDCA-Zyklus) gehandhabt?</b>			<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 gesamten Prüffrage 6.6: 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.



		ja	nein	E.
<b>6.7</b>	<b>Liegt in der Pflegeeinrichtung eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?</b>			<input type="checkbox"/>
	<small>B</small>			
a.	aktuell (umfasst alle Mitarbeiter, die seit mehr als 1 Woche beschäftigt sind)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>B</small>			
b.	Nennung der Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>B</small>			
c.	Vor- und Zunamen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>B</small>			
d.	Handzeichen übereinstimmend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 6.7:

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.

		ja	nein	t.n.z.	E.
<b>6.8</b>	<b>Liegt ein bedarfsgerechter prospektiver Fortbildungsplan für alle Leistungsbereiche vor?</b>				<input type="checkbox"/>
	<small>M/B</small>				
a.	Fortbildungsplan Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/B</small>				
b.	Fortbildungsplan soziale Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/B</small>				
c.	Fortbildungsplan hauswirtschaftliche Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>M/B</small>				
d.	bei Schwerpunkt schwerpunktspezifische Fortbildungen berücksichtigt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 6.8a: Keine.

Erläuterung zur Prüffrage 6.8b: Keine.

Erläuterung zur Prüffrage 6.8c:

Wenn Teilbereiche der hauswirtschaftlichen Versorgung durch externe Leistungserbringer erbracht werden, muss dieser Bereich in der Fortbildungsplanung nicht berücksichtigt werden. Wenn alle Leistungen der Hauswirtschaft durch externe Anbieter erbracht werden, ist bei „Fortbildungsplan hauswirtschaftliche Versorgung“ „t.n.z.“ anzukreuzen.

Erläuterung zur Prüffrage 6.8d: 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.

Fortbildungspläne sind grundsätzlich für alle Leistungsbereiche erforderlich. Die Pläne sind auf den in der Pflegeeinrichtung im Rahmen des Qualitätsmanagements/der Fortbildungsbedarfsermittlung festgestellten Bedarf abzustellen.

		ja	nein	t.n.z.	E.
<b>6.9</b>	<b>Werden alle in der Pflege, sozialen Betreuung und hauswirtschaftlichen Versorgung tätigen Mitarbeiter in die Fortbildung einbezogen?</b>				<input type="checkbox"/>
	<small>B</small>				
a.	Einbeziehung aller Mitarbeiter Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>B</small>				
b.	Einbeziehung aller Mitarbeiter soziale Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>B</small>				
c.	Einbeziehung aller Mitarbeiter hauswirtschaftliche Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 6.9:

Bei interner Fortbildung müssen Fortbildungen über Teilnehmerlisten mit Datum, Gegenstand der Fortbildung und Handzeichen der Teilnehmer nachgewiesen werden, bei externen Fortbildungen müssen Teilnahmebescheinigungen vorliegen. Bei dieser Frage ist der Fortbildungsplan zu berücksichtigen. Ausnahmen können vorliegen, z.B. wenn Mitarbeiter erst seit kurzem in der Einrichtung beschäftigt sind oder Mitarbeiter erkrankt waren.

Erläuterung zur Prüffrage 6.9c:

Wenn alle Leistungen der Hauswirtschaft durch externe Anbieter erbracht werden, ist bei „Einbeziehung aller Mitarbeiter hauswirtschaftliche Versorgung“ „t.n.z.“ anzukreuzen.

		ja	nein	E.
<b>6.10</b>	<b>Werden aktuelle Fachliteratur und Fachzeitschriften für die Mitarbeiter in der Einrichtung im Bereich Pflege zugänglich vorgehalten?</b>			<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 gesamten Prüffrage 6.10:

Fachliteratur ist zugänglich vorzuhalten. Fachliteratur für den Bereich Pflege umfasst meist auch Inhalte der sozialen Betreuung.

		ja	nein	t.n.z.	E.
<b>6.11</b>	<b>Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?</b>				<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.	Pflegefachkraft als Ansprechpartner im Konzept benannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
e.	Differenzierung nach Qualifikation der Mitarbeiter im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
f.	Einarbeitungsbeurteilung im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
g.	Konzept angewandt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 6.11a-f: Keine.Erläuterung zur Prüffrage 6.11g:

„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.

		ja	nein	t.n.z.	E.
<b>6.12</b>	<b>Werden Methoden zur Sicherstellung der Informationsweitergabe genutzt?</b>				<input type="checkbox"/>
	M/B				
a.	Übergabegespräche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
b.	regelmäßigen Dienstbesprechungen Pflege	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
c.	regelmäßigen Dienstbesprechungen soziale Betreuung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
d.	regelmäßigen Dienstbesprechungen hauswirtschaftliche Versorgung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/B				
e.	professionenübergreifende Dienstbesprechungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
f.	schriftlich fixierte Regelungen (z.B. Dienstanweisungen, Rundschreiben, Aushang, Intranet)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Erläuterung zur Prüffrage 6.12a: Keine.

Erläuterung zur Prüffrage 6.12b:

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

Erläuterung zur Prüffrage 6.12c:

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

Erläuterung zur Prüffrage 6.12d:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn regelmäßige Dienstbesprechungen durch Nachweise belegt werden. Wenn alle Leistungen der Hauswirtschaft durch externe Anbieter erbracht werden, ist „t.n.z.“ anzukreuzen.

Erläuterung zur Prüffrage 6.12e:

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

Erläuterung zur Prüffrage 6.12f: Keine.

		ja	nein	E.
<b>6.13</b>	<b>Gibt es schriftlich festgelegte und verbindliche Regelungen für Erste-Hilfe-Maßnahmen bei Bewohnern?</b>			<input type="checkbox"/>
	M/T34/B			
a.	Werden die Mitarbeiter regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/T35/B			
b.	Existieren schriftliche Verfahrensanweisungen zu Erster Hilfe und Verhalten in Notfällen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Ausfüllanleitung zu 6.13a:**

Von einer regelmäßigen Schulung der Mitarbeiter/innen in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen ist auszugehen, wenn das Pflegeheim belegen kann, dass solche Schulungen in den letzten Jahren in regelmäßigen Abständen von nicht mehr als 2 Jahren durchgeführt wurden.

Erläuterung zur Prüffrage 6.13a: Keine.

**Ausfüllanleitung zu 6.13b:**

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn schriftlich festgelegte verbindliche Regelungen zur Ersten Hilfe und Verhalten in Notfällen vorliegen.

Erläuterung zur Prüffrage 6.13b: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Zu regeln ist hier u.a. die Vorgehensweise beim Auffinden eines Bewohners in einer gefährdenden Situation (z.B. nach Sturz, Entgleisung von Körperfunktionen oder Bewusstlosigkeit).

M/TSS/B		ja	nein	E.
6.14	<b>Verfügt die Pflegeeinrichtung über ein Beschwerdemanagement?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 6.14:**

Das Kriterium ist erfüllt, wenn es schriftliche Regeln zur Beschwerdeerfassung und zur Beschwerdeauswertung gibt und diese nachweislich umgesetzt werden.

Erläuterung zur Prüffrage 6.14:

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

Fachlicher Hintergrund:

Ein offener Umgang mit Beschwerden von Bewohnern, 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:**

- Böhme H (2000): Standards sind vorweggenommene Sachverständigengutachten. Pro Alter, 3, 55-56.
- Batz B (2001): Mehr als ein Besuch: Die Pflegevisite. Forum Sozialstation, 108, 24-27.
- 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, Marlies (2005): Pflegevisite in der ambulanten und stationären Altenpflege, München, Jena.
- Engel, Kathrin (2008): Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen. Stuttgart.
- Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003.
- Görres S et al. (2002): Pflegevisite: Möglichkeiten und Grenzen. Pflege, 15, 25-32.
- Illison M, Kerner G (2003): Praxisleitfaden Qualitätsmanagement in Pflegeeinrichtungen. Ulm.
- 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, Claus (2002) Selbst- und Qualitätsmanagement für Pflegeberufe. Bern et al.
- Roes M (2000): Grundsätzliche Aussagen zum Qualitätsbegriff und zum Qualitätsmanagement im Universitätsklinikum Benjamin Franklin Berlin.
- 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.

Trost D (2004): Verfahrensanweisungen für stationäre Pflegeeinrichtungen. Hannover.

Weigert J (2008): Der Weg zum leistungsstarken QM. Hannover.

## 7. Pflegedokumentationssystem

B		ja	nein	E.
7.1	<b>Liegt ein einheitliches Pflegedokumentationssystem vor?</b>	<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 von der Pflegeeinrichtung zur Verfügung gestellten Elemente des Pflegedokumentationssystems mit den bei den Bewohnern eingesehenen Dokumentationsunterlagen übereinstimmen.

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

Erläuterung zur gesamten 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 Stamblatt, Pflegeanamnese, Pflegeplanung, Pflegedurchführungsnachweis (bzw. Leistungsnachweis) sowie Pflegebericht.

	ja	nein	l.n.z.	E.
<b>7.3 Ist bei einer computergestützten Pflegedokumentation durch die Vergabe von Zugriffsrechten eine eindeutige Zuordnung von Eingaben in den PC zu Mitarbeitern möglich?</b>			<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 gesamten Prüffrage 7.3:

Die Anforderungen müssen durch Demonstration am PC überprüft werden.

Erläuterung zur Prüffrage 7.3a:

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.

Erläuterung zur Prüffrage 7.3b-c: Keine.**Literatur zu Kapitel 7:**

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003.

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

**8. Hygiene**

	ja	nein	E.
<b>8.1 Ist der Gesamteindruck der Einrichtung im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene gut? (z.B. Optische Sauberkeit, Ordnung, Geruch)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Ausfüllanleitung zu 8.1:

Die Frage ist selbsterklärend, weitere Erläuterungen sind nicht erforderlich.

Erläuterung zur Prüffrage 8.1:

Die Frage bezieht sich auf Eingangsbereich, Bewohnerzimmer, Dienstzimmer, Sanitärräume, Aufenthaltsräume der Bewohner, Hilfsmittel, Kleidung der Mitarbeiter, räumliche Trennung von Arbeits-, sonstigen Hilfsmitteln und Wäsche in rein und unrein.

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn die in der Frage genannten Aspekte in allen Bereichen vollständig erfüllt sind.

Im Rahmen der Prüfung ist neben dem Besuch der Bewohnerzimmer im Rahmen der Zufallsstichprobe auch eine stichprobenartige Begehung der Räume (Wohnbereiche, Diensträume, Sanitärräume) durchzuführen.

Fachlicher Hintergrund:

Der Träger der Einrichtung hat dafür Sorge zu tragen, dass die erforderlichen hygienischen, medizinischen und pflegerischen Maßnahmen mit den Bedürfnissen der in den Heimen lebenden Menschen nach Geborgenheit und physischem sowie psychischem Wohlbefinden in Einklang gebracht werden. Dabei muss stets die Würde und Privatsphäre des Menschen gewahrt bleiben.

Übertragbaren Krankheiten beim Menschen vorzubeugen, Infektionen frühzeitig zu erkennen und ihre Weiterverbreitung zu verhindern, ist Zweck des Infektionsschutzgesetzes. Das Gesetz setzt dabei in hohem Maße neben behördlichen Aufgaben und Zuständigkeiten auch auf die Eigenverantwortung der Träger und Leiter von Gemeinschaftseinrichtungen sowie jedes Einzelnen.

8.2 Gibt es in der Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement?		ja	nein	E.
M/B				<input type="checkbox"/>
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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
M/B				
e.	alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 8.2:

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

Erläuterung zur Prüffrage 8.2a-b: keine

Erläuterung zur Prüffrage 8.2c:

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

Erläuterung zur Prüffrage 8.2d:

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

Erläuterung zur Prüffrage 8.2e:

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

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

Fachlicher Hintergrund:

Für ältere Menschen mit gemindertem Allgemeinzustand oder bei bestimmter medikamentöser Behandlung und Personen mit Vorerkrankungen oder Immunschwäche besteht eine erhöhte Infektionsgefahr.

Um sicherzustellen, dass Hygienevorschriften einheitlich angewendet werden, sieht das Infektionsschutzgesetz vor, dass die Verantwortlichen dem aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse genügende Hygienepläne für die Einrichtung erarbeiten. Diese haben die Aufgabe, alle innerbetrieblichen Maßnahmen, die den Schutz der Bewohner und ihrer Umgebung sowie den Schutz der Mitarbeiter vor unerwünschten Mikroorganismen gewährleisten (vgl. § 2 Nr. 8 in Verbindung mit § 23 Abs. 2 IFSG), schriftlich festzuhalten und allen Mitarbeitern als verbindliche Handlungsanleitung zu dienen.

Grundlage für innerbetriebliche Verfahrensweisen sind die Empfehlungen zur Prävention nosokomialer Infektionen sowie zu betrieblich-organisatorischen und baulich-funktionellen Maßnahmen der Hygiene in Krankenhäusern und anderen medizinischen Einrichtungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention. Die Empfehlungen der Kommission werden vom Robert-Koch-Institut veröffentlicht.

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

Erläuterung zur gesamten Prüffrage 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:

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 Bewohner, das Waschen von MRSA-infizierten Bewohnern, 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 Bewohner 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.

		ja	nein	l.n.z.	E.
<b>8.4</b>	<b>Wenn in der Pflegeeinrichtung Bewohner mit MRSA wohnen: Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	M/B				

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 in der Einrichtung kein Bewohner mit MRSA-Infektion lebt.

#### Fachlicher Hintergrund:

Nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Krankenhaushygiene (DGKH) Sektion „Hygiene in der ambulanten und stationären Kranken- und Altenpflege/Rehabilitation“ ist das medizinische und sonstige Personal medizinischer Einrichtungen hinsichtlich der Bedeutung und des Umgangs mit MRSA-kolonisierten bzw. infizierten Bewohnern 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, innerhalb der Einrichtung klare Verfahrensabläufe und Maßnahmen für den Umgang mit MRSA infizierten Bewohner 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 dem Bewohner in Kontakt kommenden Personen
- Meldepflicht laut § 6 Abs. 3 Infektionsschutzgesetz für gehäuftes Auftreten nosokomialer Infektionen, bei denen ein epidemischer Zusammenhang wahrscheinlich ist oder vermutet wird
- Hygienemaßnahmen z.B. Händehygiene, Tragen von Schutzkittel, Mundschutz, Einmalhandschuhen bei direktem Patientenkontakt oder Verbandwechsel
- Desinfektions- und Reinigungsmaßnahmen des Bewohnerzimmers, der Pflegeutensilien, Instrumente, Wäsche und Textilien, des Essgeschirrs sowie z.B. bei der Nutzung des Stationsbades
- Unterbringung in Einzelzimmern bei Bewohnern, die abgesaugt werden müssen, Bewohnern mit starker Sekretabsonderung, nässenden Ekzemen, stark ausgetrockneter oder schuppender Haut
- Regelungen zur Aufhebung der Unterbringung im Einzelzimmer (wenn frühestens 3 Tage nach Abschluss der Behandlung 3 x Kontrollabstriche im mindestens Tagesabstand abgenommen werden und diese alle negativ sind)
- Maßnahmen bei Verlegung und Transport in andere Einrichtungen (insbesondere Information der Zieleinrichtung, Beschränkung auf medizinisch notwendige Transporte)
- Abschlussdesinfektion aller Gegenstände und Flächen nach Entlassung oder erfolgreicher MRSA-Sanierung.

#### **Literatur zu Kapitel 8:**

Berufsgenossenschaft für Gesundheitsdienst und Wohlfahrtspflege (2004): Berufsgenossenschaftliche Regel/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.

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

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

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 RKI (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 (2002): Rahmenhygieneplan gemäß § 36 Infektionsschutzgesetz für Alten- und Altenpflegeheime.

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

## 9. Verpflegung

M/T62/B		ja	nein	E.
<b>9.1</b>	<b>Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form bekannt gegeben?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Ausfüllanleitung zu 9.1:

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.1: Keine.

M/B		ja	nein	E.
<b>9.2</b>	<b>Wird in der Einrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speisenangebot vorgehalten?</b>			<input type="checkbox"/>
<b>a.</b>	Wahlmöglichkeiten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T60/B				
<b>b.</b>	Wird Diätkost, z.B. für Menschen mit Diabetes angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
<b>c.</b>	Wunschkost	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T45/B				
<b>d.</b>	Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T61/B				
<b>e.</b>	Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohner orientiert (z.B. wird die Nahrung nur bei tatsächlicher Notwendigkeit klein geschnitten oder als passierte Kost serviert)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
<b>f.</b>	bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Schluckstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T63/B				
<b>g.</b>	Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 9.2a: Keine.

### Ausfüllanleitung zu 9.2b:

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.2b: Keine.

Erläuterung zur Prüffrage 9.2c: Keine.

### Ausfüllanleitung zu 9.2d:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn das Angebot an Speisen und Getränken deren Bedarf Rechnung trägt (z. B. erhöhter Flüssigkeits- und Kalorienbedarf aufgrund erhöhter Mobilität, spezielle Darreichungsformen).

Erläuterung zur Prüffrage 9.2d: Keine.

**Ausfüllanleitung zu 9.2e:**

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.2e:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn dies nachweislich bei den in die Stichprobe einbezogenen Bewohnern erfüllt ist.

Erläuterung zur Prüffrage 9.2f: Keine.

**Ausfüllanleitung zu 9.2g:**

*Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn konzeptionell beschrieben ist, dass sich die Portionsgrößen an den individuellen Wünschen der Bewohner orientiert. Ggf. sollte eine Verifizierung der Konzeption durch die Befragung der Bewohner oder Mitarbeiter der Küche erfolgen.*

Erläuterung zur Prüffrage 9.2g:

Ggf. bedeutet, dass dies bei der Befragung der Bewohner zu verifizieren ist oder durch die Mitarbeiter bestätigt wird.

Fachlicher Hintergrund:

Unterschiedliche Alterungsprozesse der Menschen, damit einhergehende individuelle Beeinträchtigungen von Organ- und Stoffwechselfunktionen zeigen die Relevanz einer ausgewogenen Ernährung im Alter. Doch die Entscheidung über Ernährungsform, erforderlicher Menge, und angebotenes Ambiente zur Speiseneinnahme ist von vielen Faktoren abhängig. Dazu gehören:

- Lebensgewohnheiten, Lebenserfahrungen
- Kultur, religiöse Speisevorschriften
- Altersbedingte Einschränkungen, wie: verändertes Hunger-/ Sättigungsgefühl, Geschmacksverlust, Beeinträchtigung von Geruchs- und/oder Sehstärke, Kaubeschwerden durch Zahnverlust/Gebiss, physische und psychische Beeinträchtigungen (z. B. körperliche Behinderung, geistige Degeneration)
- verschiedene Krankheitsbilder
- erforderliche Diätformen.

Das Speisen- und Getränkeangebot soll altersgerecht, abwechslungsreich und vielseitig sein. Diätahrungen sind bei Bedarf anzubieten. Aufgrund altersbedingt veränderter Essgewohnheiten sollten mehrere kleine Mahlzeiten über den ganzen Tag verteilt angeboten werden. Die Darreichungsform der Speisen und Getränke ist auf die Situation des Bewohners individuell abgestimmt und unterstützt den Bewohner in seiner Selbständigkeit.

Bewohner sollen abhängig von ihren individuellen Fähigkeiten ihre Mahlzeiten selbst mundgerecht zubereiten, d.h. Brote oder Brötchen selbständig streichen, belegen, klein schneiden sowie Fleisch in mundgerechte Stücke schneiden. Eine routinemäßige mundgerechte Zubereitung trotz vorhandener Fähigkeiten des Bewohners oder eine ausschließliche Versorgung des Bewohners mit passierter Kost trotz vorhandener Kaufähigkeit entspricht nicht den Prinzipien der aktivierenden Pflege.

Küche und Heimmitarbeiter sollten über Vorlieben und individuelle Besonderheiten der Bewohner bei Speisen und Getränken informiert sein. Die Bewohner sollten ihre Mahlzeiten zu sich nehmen können, wo sie möchten (z.B. im Zimmer oder im Speisesaal). Die Bewohner sollten bei den Mahlzeiten Wahlmöglichkeiten haben.

Vermindertes Geruchs- und Geschmacksempfinden spielen eine Schlüsselrolle für mangelnden Appetit und unzureichende Nahrungsaufnahme. Es ist daher naheliegend, durch großzügige Zugabe von Gewürzen und Kräutern den Geschmack von Speisen und Gerichten zu intensivieren.

Eine ausführliche Informationssammlung ist Ausgangsvoraussetzung, um für Bewohner mit dementiellen Erkrankungen ein adäquates Speisenangebot vorzuhalten bzw. ihn zur Nahrungsaufnahme motivieren zu können.

Demenziell erkrankte Menschen können aufgrund eines verstärkten Bewegungsdranges einen erhöhten Flüssigkeits- und Kalorienbedarf haben, der beachtet werden muss. Menschen mit demenziellen Erkrankungen essen und trinken (vermindertes Durstgefühl) eher zu wenig. Biografische Kenntnisse über individuelle Gewohnheiten

und Vorlieben beim Essen und Trinken sowie die Berücksichtigung veränderter Geschmacksvorlieben können dazu beitragen, dass der Bewohner ausreichend Nahrung und Flüssigkeit zu sich nimmt.

Bei Menschen mit demenziellen Erkrankungen kann es zu unterschiedlichen Problemen kommen:

- Bewohner kann Hunger- und Durstgefühl nicht mehr mitteilen
- Bewohner trinkt und isst aufgrund motorischer Unruhe nicht mehr ausreichend
- Hilfen bei der Nahrungsaufnahme werden vom Bewohner abgelehnt
- bei der Nahrungsaufnahme zeigen sich aufgrund kognitiver Beeinträchtigungen ungewöhnliche Verhaltensmuster.

Lehnt der Bewohner erforderliche Hilfestellungen bei der Nahrungsaufnahme ab, sollten die Gründe dafür herausgefunden werden. Maßnahmen zur Sicherstellung einer ausreichenden Ernährung und Flüssigkeitsversorgung können in diesen Fällen sein:

- Beobachten, wann der Bewohner Hunger und Durst hat (Magenknurren, leckt sich die Lippen, hat ausgetrocknete Lippen) und entsprechend zu Essen und zu Trinken anbieten
- Erfassen, welche Mengen der Bewohner gegessen hat
- regelmäßige Gewichtskontrollen
- Einhalten regelmäßiger Mahlzeiten, Zusatzmahlzeiten nicht vergessen
- Bewohner mit motorischer Unruhe auch im Stehen essen lassen
- zum Essen durch den Einsatz von Gerüchen anregen
- unkonventionelles Essverhalten tolerieren (z.B. Essen mit den Fingern)
- Beobachten, ob es Anzeichen von Exsikkose und Unterernährung gibt (trockene Haut, verminderter Spannungszustand der Haut etc.)
- Anlegen eines Ein- und Ausführplans
- auch nachts häufig Getränke anbieten
- kalorienreiche Getränke anbieten
- manuelle personelle Hilfestellungen beim Essen und Trinken anbieten.

Info		
<b>9.3</b>	<b>Zu welchen Zeiten werden die Mahlzeiten angeboten?</b>	
a.	Frühstück	
	<b>von</b>	<b>bis</b>
b.	Zwischenmahlzeit	
	<b>von</b>	<b>bis</b>
c.	Mittagessen	
	<b>von</b>	<b>bis</b>
d.	Zwischenmahlzeit/Kaffee	
	<b>von</b>	<b>bis</b>
e.	Abendessen	
	<b>von</b>	<b>bis</b>
f.	Spätmahlzeit	
	<b>von</b>	<b>bis</b>
g.	Nachtmahlzeit	
	<b>von</b>	<b>bis</b>

Erläuterung zur Prüffrage 9.3: Keine.

M/T59/B		ja	nein	t.n.z.	E.
<b>9.4</b>	<b>Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 9.4:**

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn das Pflegeheim geeignete Nachweise darüber führen kann - z. B. über einen Speiseplan -, dass die Bewohner in einem angemessenen zeitlichen Rahmen selbst bestimmen können, wann sie die Mahlzeiten einnehmen möchten.

Erläuterung zur Prüffrage 9.4: Keine.

		ja	nein	t.n.z.	E.
<b>9.5</b>	<b>Findet eine angemessene Getränkeversorgung für die Bewohner zuzahlungsfrei statt?</b>				<input type="checkbox"/>
	M/B				
a.	Bewohner über Angebot nachvollziehbar informiert	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
b.	Kaltgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
c.	Warmgetränke unbegrenzt und jederzeit verfügbar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Erläuterung zur Prüffrage 9.5:

Die Bewohner sind durch die Pflegeeinrichtung nachvollziehbar über das kostenneutrale Getränkeangebot zu informieren (z.B. beim Einzug, im Heimvertrag).

Kaltgetränke und Warmgetränke müssen den Bewohnern jederzeit in unbegrenzter Menge zur Verfügung stehen.

„Die Verpflegung umfasst die im Rahmen einer ausgewogenen und pflegegerechten Ernährung notwendigen Getränke und Speisen.“ (§ 2 Rahmenvertragsempfehlung nach § 75 vollstationäre Pflege.)

		ja	nein	t.n.z.	E.
<b>9.6</b>	<b>Wird speziellen Erfordernissen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Bewohner Rechnung getragen?</b>				<input type="checkbox"/>
	B				
a.	geeignete Regelungen zur Vermeidung von Mangelernährung und Exsikkose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
b.	mindestens drei Haupt- und zwei Zwischenmahlzeiten angeboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
c.	der Abstand zwischen der zuletzt für alle Bewohner angebotenen Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen beträgt weniger als 12 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
d.	der Abstand der zuletzt für Bewohner mit Diabetes mellitus oder gerontopsychiatrisch beeinträchtigte Bewohner angebotenen Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen beträgt weniger als 10 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 9.6: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Appetitlosigkeit ist einer der Hauptgründe für kleiner werdende Verzehrsmengen im Alter. Einer altersgerechten Ernährung entsprechen kleinere, häufigere und abwechslungsreiche Mahlzeiten (drei Haupt- und zwei bis drei Zwischenmahlzeiten, Snacks). Grundsätzlich sollte der Abstand zwischen der letzten Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen nicht mehr als 12 Stunden betragen. Bei Diabetikern oder Personen mit demenziellen Erkrankungen sollten 10 Stunden nicht überschritten werden u.a. um Unruhezustände zu vermeiden. Gewünschte Speisen und Getränke sollten auch außerhalb der Mahlzeiten zugänglich sein.

Vermindertes Geruchs- und Geschmacksempfinden spielen eine Schlüsselrolle für mangelnden Appetit und unzureichende Nahrungsaufnahme. Es ist daher naheliegend, durch großzügige Zugabe von Gewürzen und Kräutern den Geschmack von Speisen und Gerichten zu intensivieren.

Im Unterschied zu jüngeren Altersgruppen stellt bei älteren insbesondere institutionalisierten und hilfebedürftigen Menschen die Unterversorgung mit Energie, Nährstoffen und Flüssigkeit das Hauptproblem der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung dar. Immobilität aber auch demenzielle Erkrankungen sind wesentliche Risikofaktoren für das Entstehen einer Mangelernährung und einer Dehydratation.

Für den Erfolg prophylaktischer und ernährungstherapeutischer Maßnahmen ist das frühzeitige Erkennen eines Ernährungsrisikos bzw. einer eingetretenen Unterernährung sowie einer Exsikkose besonders wichtig. So ist erwiesenermaßen ein eingetretener Verlust an Muskelmasse bei älteren Menschen im Verhältnis zu jüngeren Menschen ungleich schwerer zu beheben.

Aus diesem Grunde sollte die Pflegeeinrichtung zur Vermeidung von Unterernährung und Exsikkose über geeignete Regelungen und Instrumentarien zur Risikoerkennung verfügen. Das können sein:

- Regelung zur Gewichtsverlaufsmessung (mindestens alle drei Monate)
- Regelung zum Einsatz von Assessmentinstrumenten (z.B. MNA, NRS-2002, MUST, SGA, PEMU) zur Erkennung drohender oder bestehender Mangelernährung und/oder die systematische Analyse des Ernährungsstatus im Rahmen der Pflegeanamnese/Informationssammlung
- Regelung zur Ermittlung des erforderlichen Energie- und Flüssigkeitsbedarfs bei gefährdeten Bewohnern (u.a. immobile oder dementiell erkrankte Bewohner)
- Regelung zur systematischen Planung und Überprüfung einer angemessenen Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
- Regelung über sogenannte Cut-off-Punkte, bei denen bestimmte Maßnahmen (z.B. Information des Arztes, Kooperation mit Küche und Hauswirtschaft), zwingend eingeleitet werden müssen (z.B. Gewichtsverluste von mehr als 5% in 1-3 Monaten oder mehr als 10% in 6 Monaten, negative Flüssigkeitsbilanz über mehrere Tage)
- Regelung zur Ermittlung des (mutmaßlichen) Willens des Bewohners zur PEG-Anlage und künstlichen Ernährung.

	M/T64/B	ja	nein	l.n.z.	E.
<b>9.7</b>	<b>Werden Speisen und Getränke in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und entspannter Atmosphäre angeboten?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 9.7:**

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

Erläuterung zur Prüffrage 9.7:

Bei der Beantwortung dieser Frage ist zu berücksichtigen:

- Grundsätzliche Wahlfreiheit des Bewohners darüber, wo (Speiseraum, Bewohnerzimmer) und mit wem er die Mahlzeiten einnehmen möchte
- Es sollte ein gepflegter Service vorhanden sein
- Die Mahlzeiten sollen auf einem ansprechend dekorierten Tisch serviert werden
- Lärmbelästigungen sollten vermieden werden
- Keine vorbeilaufenden Personen (Speiseraum als Durchgangsraum)
- Durchzug sollte vermieden werden
- Die Mahlzeit soll möglichst nicht unterbrochen werden
- Es sollte ausreichend Zeit, insbesondere auch für Heimbewohner denen das Essen angereicht werden muss, zur Verfügung stehen
- Essenanreichen im Stehen oder für zwei/mehrere Bewohner/-innen gleichzeitig ist zu vermeiden.

Fachlicher Hintergrund:

Einrichtung und Möblierung können wesentlich die Erhaltung und Förderung von Ressourcen sowie von sozialen Kontakten beeinflussen. Daher sollen Bewohner die Möglichkeit haben, zwischen verschiedenen Sitzmöglichkeiten zu wählen. Hierbei ist das Angebot verschiedener Sitzgruppen oder Tischgruppen wünschenswert, insbesondere bei Demenzkranken sind Informationen aus der Biografie zu berücksichtigen

Als Dekoration des Raumes werden wenige große Bilder mit deutlichen Motiven empfohlen, ergänzt durch einige natürliche Pflanzen. Zusätzlich ansprechendes Eindecken der Tische und evtl. jahreszeitlicher Tischschmuck. Eine Überdekoration überfordert die Bewohner und ist daher zu vermeiden.

Die Beleuchtung im Rauminnen sollte quantitativ und qualitativ den Eigenschaften des Tageslichtes nahe kommen. Dabei orientiert sich die Beleuchtungsintensität an den Bedürfnissen der Bewohner und unterstützt den Tag - Nacht - Rhythmus.

Das Essen ist primär eine notwendige Bedingung für die Aufrechterhaltung unserer Körperfunktionen. Es stellt allerdings auch einen Ruhemoment im Alltag dar, strukturiert diesen und ist ein Indikator für besondere Anlässe, z. B. der traditionelle Braten am Sonntag, Kekse zu Weihnachten, Kuchen zum Geburtstag usw.

### **Literatur zu Kapitel 9:**

Besselmann K (2007): Projekt: Benchmarking in der Pflege – Zur Ernährungs- und Flüssigkeitsversorgung. Köln.

Biedermann M. (2000): Alles ist möglich, Altenpflege, 40.

Borker S (1996): Essenreichen in der Pflege. Eine empirische Studie. Berlin, Wiesbaden.

Borker S (2002): Nahrungsverweigerung in der Pflege. Eine deskriptiv analytische Studie. Bern et al.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE): (2001): Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr. Frankfurt.

Deutsche Gesellschaft für Ernährung (DGE) (2000): Ernährungsbericht 2000. Frankfurt.

Dharmaarajan TS et al. (2001): Percutaneous endoscopic gastrostomy and outcome in dementia. American Journal of Gastroenterology, 96, 2556-2563.

DNQP (Hrsg.) (2009): Expertenstandard Ernährungsmanagement zur Sicherstellung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege. Osnabrück.

Ernährungsphysiologischen Handlungsempfehlungen für Demenzkranke der Caritas - Betriebsführungs- und Trägergesellschaft mbH, Köln (Stand Oktober 2003).

Finucane TE et al. (1999): Tube feeding in patients with advanced dementia. JAMA, 14, 1365-1370.

Finucane TE & Christmas C (2000): More caution about tube feeding. Jags, 48, 1167-1168.

Fischer A, Nekwasil S (2000): Aktuelle Meinung zur Sondenernährung bei Dementen. Geriatriejournal, 8, 17-20.

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003.

Heseker H, Schmid A (2000): MNA – der Unterernährung auf die Spur kommen. Geriatrie Journal, 8, 19-22.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (2004): Verbesserung der Wohnatmosphäre im Heim. Köln.

Kuratorium Deutsche Altershilfe (2007): Benchmarking in der Pflege zum Thema Ernährung und Flüssigkeitsversorgung, Abschlussbericht zum Modellprojekt im Auftrag des BMG. Köln.

MDS (2003): Abschlussbericht Grundsatzstellungnahme Ernährung und Flüssigkeitsversorgung älterer Menschen. Essen.

Meyer A (2001): PEG: Immer ein Segen oder ärztlich erzwungene Lebensveränderung? Medizinische Klinik, 96, 50.

Pientka L (2001): Stationäre Versorgung in geriatrischen Abteilungen: Konkurrenz zur Klinik Innere Medizin? Medizinische Klinik, 96, 50.

Rautenstrauch J (2001): Blaulichtmedizin bis zum Lebensende? MMW-Fortschr. Med, 42, 4-6.

Scottish Executive (o.J.): National Care Standards. Care homes for people with health problems. Standard No. 13 Eating well. O.O., 37-38.

Suppe V et al (2003): Handlungsempfehlungen für den Umgang mit demenziell erkrankten Bewohnern. Eine Arbeitshilfe für die stationäre Altenhilfe. Projekt Zukunftsfähigkeit der stationären Altenhilfeeinrichtungen. Münster.

Volkert D (1997): Ernährung im Alter. Wiesbaden.

Zieres G, Weibler U (2008): Essen ist Leben. Ein Praxisratgeber für die Ernährung älterer Menschen. Dienheim.

## 10. Soziale Betreuung

		ja	nein	E.
<b>10.1</b>	<b>Werden Leistungen der sozialen Betreuung angeboten?</b>			<input type="checkbox"/>
	M/T46/B			
<b>a.</b>	Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/T47/B			
<b>b.</b>	Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Einzelangebote gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/T48/B			
<b>c.</b>	Veranstaltet das Pflegeheim jahreszeitliche Feste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/T49/B			
<b>d.</b>	Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/T50/B			
<b>e.</b>	Gibt es Maßnahmen zur Kontaktpflege zu den Angehörigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### **Ausfüllanleitung zu 10.1a:**

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

Erläuterung zur Prüffrage 10.1a: Keine.

### **Ausfüllanleitung zu 10.1b:**

Das Kriterium ist erfüllt, wenn das Pflegeheim für Bewohner, die aufgrund kognitiver Defizite, Einschränkungen in der Mobilität oder anderer Handicaps nicht an Gruppenangeboten (s. Kriterium 46) teilnehmen können, Einzelangebote planmäßig anbietet. Es ist nicht ausreichend, nur persönliche Gedenktage zu berücksichtigen und Unterstützung bei persönlichen Anliegen zu geben.

Erläuterung zur Prüffrage 10.1b:

Analog zur Ausfüllanleitung zum Transparenzkriterium 46 bedeutet dies, dass die Pflegeeinrichtung bei Bedarf an mindestens 5 von 7 Tagen Einzelangebote konzeptionell plant und anbietet. Dies wird anhand der Konzeption und der am Bedarf orientierten Einsatz-/Angebotsplanung überprüft.

### **Ausfüllanleitung zu 10.1c:**

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn das Pflegeheim jahreszeitliche Feste regelmäßig plant und mehrere Feste im Jahr durchgeführt werden.

Erläuterung zur Prüffrage 10.1c: Keine.

### **Ausfüllanleitung zu 10.1d:**

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn das Pflegeheim regelmäßige und geplante Kontakte zu Vereinen, Kirchengemeinden und Organisationen im Ort pflegt, die dem Ziel dienen, für die Heimbewohner mehr soziale Kontakte herzustellen und ihnen eine Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft innerhalb oder außerhalb des Pflegeheims zu ermöglichen.

Erläuterung zur Prüffrage 10.1d: Keine.

**Ausfüllanleitung zu 10.1e:**

Das Kriterium ist erfüllt, wenn das Pflegeheim die Kontaktpflege zu Angehörigen und Bezugspersonen konzeptionell plant und diese regelmäßig in die soziale Betreuung, Versorgung und Pflege der Heimbewohner einbezieht bzw. einzubeziehen versucht.

Erläuterung zur Prüffrage 10.1e: Keine.

**Fachlicher Hintergrund:**

Gruppenangebote sind besonders geeignet, den Heimbewohnern Anreize für abwechslungsreiche Aktivitäten zu geben, Vereinsamung zu begegnen und die Gemeinschaft zu fördern.

Einzelangebote richten sich an Bewohner, die aufgrund kognitiver Defizite, Einschränkungen in der Mobilität oder anderer Handicaps nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können. Diese Angebote erschöpfen sich nicht in der Berücksichtigung persönlicher Gedenktage und der Unterstützung bei persönlichen Anliegen.

Zu den Angeboten der sozialen Betreuung sind neben den oben genannten auch jahreszeitliche Feste zu zählen, die der Kommunikation, der Beschäftigung sowie der Orientierung dienen und die Gemeinschaft fördern.

		M/TS1/B		ja	nein	E.
10.2	<b>Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Struktur und Bedürfnisse der Bewohner ausgerichtet?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 10.2:**

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Angebote der sozialen Betreuung auf die Struktur und Bedürfnisse der Bewohner ausgerichtet sind. Dazu können z. B. zielgruppenspezifische Angebote für besondere Personengruppen gehören.

Erläuterung zur Prüffrage 10.2: Keine.

**Fachlicher Hintergrund:**

Die Angebote der stationären Pflegeeinrichtung sollen insbesondere auch auf immobile Bewohner und Personen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen (z.B. Demenz) ausgerichtet sein. U.a. bei Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen sind Angebote zur Tagesstrukturierung notwendig. Bei einem pflegfachlichen Schwerpunkt ist dieser bei den Angeboten der sozialen Betreuung zu berücksichtigen. Bei Planung und Durchführung der Angebote der sozialen Betreuung werden Wünsche, Bedürfnisse und Fähigkeiten der Bewohner unter Einbezug biographischer Daten berücksichtigt.

		B		ja	nein	E.
10.3	<b>Wird die soziale Betreuung durch festangestellte Mitarbeiter koordiniert?</b>	<input type="checkbox"/>	<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 mindestens die Koordination der sozialen Betreuung durch festangestellte Mitarbeiter erfolgt.

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

**Erläuterung zur Prüffrage 10.4:**

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

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

<b>10.5</b>	<b>Ist das Angebot an sozialer Betreuung ausreichend?</b>	ja	nein	E.
	M/B			<input type="checkbox"/>
a.	Angebot zu unterschiedlichen Tageszeiten (z.B. Montag vormittags, Dienstag nachmittags)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/B			
b.	für Bewohner mit vollständiger Immobilität nahezu tägliches Angebot zur Tagesstrukturierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/B			
c.	für Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen (z.B. Demenz, Depression) nahezu tägliches Angebot zur Tagesstrukturierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 10.5a: Keine.

Erläuterung zur Prüffrage 10.5b und c:

Ein „nahezu tägliches Angebot zur Tagesstrukturierung“ bedeutet an mindestens 6 Tagen in der Woche.

Fachlicher Hintergrund:

Für Bewohner stationärer Pflegeeinrichtungen haben Angebote der sozialen Betreuung für die Lebensqualität einen ebenso großen Stellenwert wie pflegerische Leistungen. Die Angebote der sozialen Betreuung müssen auf die Bewohnerstruktur ausgerichtet sein und damit auch z.B. für Bewohner mit Demenz geeignet sein. Da die Demenz ein fortschreitender Prozess ist, verändern sich die kognitiven Möglichkeiten der Betroffenen ständig. Betreuungsangebote müssen daher angepasst werden, um den Möglichkeiten des Bewohners zu entsprechen. So ist kognitives Training am Beginn der demenziellen Erkrankung sinnvoll und hilfreich, bei fortschreitender Demenz bedeutet dieses Angebot aber eine Überforderung für den Betroffenen. So lange als möglich sollten durch geeignete Angebote die Mobilität erhalten und gefördert werden. Bei mittlerer oder schwerer Demenz müssen zunehmend Verfahren und Konzepte zum Einsatz kommen, die sich auf die noch vorhandenen basalen Kompetenzen beziehen. Dies sind Angebote, die z.B. auf den Ansätzen der Basalen Stimulation aufbauen.

<b>10.6</b>	<b>Werden diese Angebote den Bewohnern in geeigneter Weise zur Kenntnis gebracht?</b>	ja	nein	E.
	B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.6:

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

<b>10.7</b>	<b>Wird Beratung angeboten?</b>	ja	nein	E.
	B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 10.7:

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

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

<b>10.8</b>	<b>Wird die Eingewöhnung der Bewohner in die Pflegeeinrichtung systematisch begleitet?</b>	ja	nein	E.
	M/T52/B			<input type="checkbox"/>
a.	Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die Pflegeeinrichtung (z.B. Bezugspersonen, Unterstützung bei der Orientierung, Integrationsgespräch nach 6 Wochen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/T53/B			
b.	Wird die Eingewöhnungsphase systematisch ausgewertet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Ausfüllanleitung zu 10.8a:**

*Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn das Pflegeheim eine Konzeption mit systematischen Hilfen für die Eingewöhnung hat und nachweislich umsetzt.*

Erläuterung zur Prüffrage 10.8a:

Wenn dies bei den in die Zufallsstichprobe einbezogenen Bewohnern nicht geprüft werden kann, ist die Umsetzung des Konzeptes bei einem neu eingezogenen Bewohner zu überprüfen.

**Ausfüllanleitung zu 10.8b:**

*Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die Eingewöhnungsphase in Bezug auf den einzelnen Heimbewohner ausgewertet wird und erkennbar ist, dass ggf. notwendige Veränderungen realisiert worden sind bzw. realisiert werden sollen.*

Erläuterung zur Prüffrage 10.8b:

Wenn dies bei den in die Zufallsstichprobe einbezogenen Bewohnern nicht geprüft werden kann, ist die systematische Auswertung der Eingewöhnungsphase bei einem neu eingezogenen Bewohner zu überprüfen.

Fachlicher Hintergrund:

Regelungen zur Unterstützung des Einlebens können z.B. umfassen:

- Benennung von Bezugspersonen
- Unterstützung bei der Orientierung
- Kennenlernen der Räumlichkeiten der Pflegeeinrichtung
- Vorstellung des/Heimbeirates/Heimfürsprechers beim Einzug
- Besprechung des Tagesablaufs
- Vorstellung der Betreuungsangebote
- Integrationsgespräch nach 6 Wochen.

Bei der systematischen Auswertung der Eingewöhnungsphase geht es u. a. darum, ob die Versorgung des Bewohners seinen individuellen Bedürfnissen entspricht und ob die Pflegeeinrichtung bei Bedarf Veränderungen realisieren kann. Insbesondere geht es um folgende Aspekte:

- Kann sich der Bewohner in der Pflegeeinrichtung orientieren oder sind ggf. weitere individuelle Orientierungshilfen erforderlich?
- Entspricht die Gestaltung des Tagesablaufes den individuellen Bedürfnissen des Bewohners?
- Entspricht die Gestaltung und Einrichtung des Zimmers den individuellen Bedürfnissen des Bewohners und kann die Pflegeeinrichtung bei Bedarf Veränderungen veranlassen?
- Entspricht das Speisenangebot den Bedürfnissen des Bewohners?
- Entspricht das Hilfsangebot hinsichtlich der pflegerischen Versorgung den Bedürfnissen des Bewohners?

Im Hinblick auf die Belastungsprävention erfordert ein einschneidendes Ereignis wie die Übersiedlung in ein Seniorenheim – basierend auf Überlegungen der Stresstheorie – eine gezielte Planung sowie konkret Maßnahmen, die sich sowohl auf die Zeit vor und nach dem Einzug ins Heim beziehen sollten. Begleitende Maßnahmen sind sowohl für den betroffenen, alten Menschen als auch für Angehörige vor der Umsiedlung, aber auch in der Eingewöhnungsphase im Sinne der Belastungsprävention dringend nötig.

Begleitende Interventionsmaßnahmen sollten sich in der Situation nach Übersiedlung vor allem auf die Unterstützung der Orientierung und auf den Aufbau von ersten Kontakten und Aktivitäten im Heim konzentrieren, dabei erweisen sich vor allem Depressivität, soziale Unsicherheit (auch als Folge chronischer Krankheiten) und Passivität häufig als Hemmschwellen für die Bewohner. Unterstützung in diesen Bereichen zu geben, stellt sich als eine wichtige Aufgabe professionell tätiger Berufsgruppen in Seniorenheimen heraus.

Der Einzug in ein Alten- oder Pflegeheim bedeutet nicht nur für den Betroffenen sondern auch für die Angehörigen und die Bezugspersonen eine einschneidende Lebenssituation. Daher müssen die Vorbereitung, der Einzug und die Phase der Eingewöhnung besonders aufmerksam und einführend begleitet werden. Die gründliche Vorbereitung des Einzugs kann entscheidend sein für das spätere Wohlbefinden des alten Menschen im Heim und für die Angehörigen/Bezugspersonen. Individuell an die Bedürfnisse angepasst wird der neue Heimbewohner intensiv durch die Bezugspflegerinnen und/oder durch die Sozialarbeiterin begleitet. Tägliche Besuche und wiederholte Informationen und das Einführen in bestehende Gruppen und Kreise helfen dabei, das Fremdheitsgefühl zu überwinden.

M/TS4/B		ja	nein	E.
10.9	<b>Gibt es ein Angebot zur Sterbebegleitung auf der Basis eines Konzeptes?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 10.9:**

Ein Konzept zur Sterbebegleitung muss über folgende Mindestinhalte verfügen:

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

Erläuterung zur Prüffrage 10.9:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn das Konzept den Mitarbeitern nachweislich bekannt ist (z.B. durch Einarbeitungschecklisten, Protokolle von Dienstbesprechungen).

Fachlicher Hintergrund:

In der Sterbebegleitung geht es darum, Menschen in den letzten Tagen und Stunden vor ihrem Tod Beistand zu leisten. Hospiz- und Palliativarbeit muss von den Rechten und Bedürfnissen der Betroffenen und ihren Angehörigen ausgehen. Die maßgebenden Gesellschaften auf Bundesebene wie die Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz und die Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin haben die Schwerpunkte der Sterbebegleitung wie folgend formuliert:

- Symptombehandlung
- Zuwendung für den Patienten und deren Angehörige
- Patientenbeobachtung
- Kommunikation
- Erfassung der Bedürfnisse im physischen, psychischen, sozialen und spirituellen Bereich; Einbeziehung der Angehörigen.

Für die individuellen Angebote hospizlicher Dienste sind neben den Rahmenvereinbarungen nach § 39a Abs. 2 Satz 6 SGB V länderspezifische Regelungen und vielfältige Angebote maßgebend.

**Literatur zu Kapitel 10:**

Brüggemann J, Kutschke A (2005): Das Problemfeld Demenz in der stationären Pflege. Die Schwester/Der Pfleger, 1, 34-39.

Bundesarbeitsgemeinschaft Hospiz (2007): Hospizkultur im Alten- und Pflegeheim – Indikatoren und Empfehlungen zur Palliativkompetenz. O.O.

Christophorus Hospiz Verein München (2008): Für ein würdevolles Leben bis zuletzt - Orientierung und Hilfestellungen für Bewohnerinnen und Bewohner, Angehörige und gesetzliche Vertreterinnen und Vertreter, Ärztinnen und Ärzte, Verantwortliche bei Trägern und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Alten- und Pflegeheimen. O.O.

Deutsche Gesellschaft für Palliativmedizin e.V. (DGP) [www.dgpalliativmedizin.de](http://www.dgpalliativmedizin.de)

Deutscher Hospiz- und Palliativ Verband e.V. (bisherige BAG Hospiz) 2006 [www.hospiz.net](http://www.hospiz.net)

DGGPP (2000): Position der DGGPP zur Anfrage des Sachverständigenrates an die Medizinischen Fachgesellschaften vom 03.04.2000. O.O.

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung einschl. des Verfahrens zur Durchführung von Qualitätsprüfungen in der teilstationären Pflege von 1996 und in der Kurzzeitpflege von 1995.

Gemeinsame Grundsätze und Maßstäbe zur Qualität und Qualitätssicherung sowie für die Entwicklung eines einrichtungsinternen Qualitätsmanagements nach § 80 SGB XI in vollstationären Pflegeeinrichtungen vom 16.12.2003.

Kaluza, J., Töpferwein, G. (2005). Sterben begleiten. Zur Praxis der Begleitung Sterbender durch Ärzte und Pflegenden. Berlin.

Stoppe G, Stiens G, Maeck L (2001): Gerontopsychiatrie – wozu? Niedersächsisches Ärzteblatt, 8.

Thiele C (2002): Gerontopsychologische Modelle zum Übergang ins Seniorenheim.  
[www.sbg.ac.at/erz/salzbuerger\\_beitraege/herbst2000/thiele\\_sbg\\_2000\\_2.doc](http://www.sbg.ac.at/erz/salzbuerger_beitraege/herbst2000/thiele_sbg_2000_2.doc)

Vorabversion

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

### Allgemeine Hinweise:

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

### 11. Allgemeine Angaben

M/Info				
<b>11.1 Auftragsnummer:</b>				
<b>Datum</b>		<b>Uhrzeit</b>		<b>Nummer Erhebungsbogen</b>

Erläuterung zur Prüffrage 11.1: Keine.

M/Info					ja	nein	
<b>11.2 Angaben zum Bewohner</b>							
<b>a.</b>	Name						
<b>b.</b>	Pflegekasse						
<b>c.</b>	Pflege-/Wohnbereich						
<b>d.</b>	Geburtsdatum						
<b>e.</b>	Einzugsdatum						
<b>f.</b>	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung						
<b>g.</b>	Pflegestufe						
	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Härtefall	<input type="checkbox"/> nicht pflegebedürftig (SGB XI)	<input type="checkbox"/> noch nicht eingestuft				
<b>h.</b>	Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der Pflegeeinrichtung eingeschränkt?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>i.</b>	Ist der Bewohner mit der Feststellung des Pflegezustandes einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>j.</b>	Vorhandene Unterlagen						

Erläuterung zur Prüffrage 11.2h:

Wenn die Frage mit „Ja“ beantwortet wird, ist das Kapitel 16 zwingend zu bearbeiten.

M/Info	
<b>11.3</b>	<b>Anwesende Personen</b>
a.	Gutachter
b.	Mitarbeiter Einrichtung (Funktion/Qualifikation)
c.	sonstige Personen (z.B. gesetzlicher Betreuer)

Erläuterung zur Prüffrage 11.3: Keine.

## 12. Behandlungspflege

Die Pflegeeinrichtung kann behandlungspflegerische Leistungen nur fachlich korrekt durchführen, wenn der Vertragsarzt eine dem aktuellen Stand der medizinisch-pflegerischen Erkenntnisse entsprechende Anordnung getroffen hat. Sofern eine Anordnung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht, kann dies der Pflegeeinrichtung nicht angelastet werden. Dies ist bei der Beurteilung der Pflegequalität durch den MDK zu beachten.

M/T/B		ja	nein	t.n.z.	E.
<b>12.1</b>	<b>Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Ausfüllanleitung zu 12.1:**

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

- aus Telefonnotizen und sonstigen Einträgen in die Pflegedokumentation erkennbar ist, dass im Falle von Akuterkrankungen, Unfällen bzw. Veränderungen des Gesundheitszustandes bei chronischen Erkrankungen Kontakt zum behandelnden Arzt aufgenommen worden ist
- und ggf. die ärztlich empfohlenen Maßnahmen eingeleitet wurden (z.B. Anpassung therapeutischer Maßnahmen, Besuch der Arztpraxis oder Bestellung des Notarztes oder Veranlassung einer Notaufnahme in ein Krankenhaus durch einen Kranken- oder Rettungswagen).

Erläuterung zur Prüffrage 12.1: Keine.

M/T/B		ja	nein	t.n.z.	E.
<b>12.2</b>	<b>Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### **Ausfüllanleitung zu 12.2:**

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn das Pflegeheim die ärztlichen Anordnungen beachtet und deren Durchführung fachgerecht und eindeutig dokumentiert. Eindeutig dokumentiert ist eine behandlungspflegerische Maßnahme, wenn definiert ist, welche Maßnahme wann, wie, wie oft und womit durchgeführt werden soll.

Ist ein Eintrag in der Pflegedokumentation durch den Arzt nicht möglich, (z. B. im Notfall), sollte eine mündliche Anordnung des Arztes (auch per Telefon) durch eine Pflegefachkraft entgegen genommen und nach dem VUG-Prinzip (Vorlesen und Genehmigen lassen) dokumentiert werden.

Erläuterung zur Prüffrage 12.2: Keine.

### Fachlicher Hintergrund:

Behandlungspflegerische Maßnahmen müssen vom Arzt delegiert bzw. angeordnet werden. Sofern dies nur mündlich erfolgt, ist dieser Sachverhalt unter Angabe des anordnenden Arztes in der Pflegedokumentation zu vermerken. Über die Frage, ob eine rechtliche Verpflichtung für den Vertragsarzt zur Dokumentation angeordneter medizinischer behandlungspflegerischer Maßnahmen in der Pflegedokumentation besteht, existieren in der juristischen Literatur unterschiedliche Einschätzungen.

Eine praktikable Lösung für Situationen, in denen Handlungsbedarf besteht und der Vertragsarzt nicht in der Pflegeeinrichtung anwesend ist, ist die Anordnung per Fax. Von telefonischen Anordnungen sollte nur im Notfall Gebrauch gemacht werden.

In jedem Fall liegt die Verantwortung für die Durchführung von Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege auf der Basis einer fachgerechten Dokumentation bei der Pflegeeinrichtung.

M/T3/B				ja	nein	l.n.z.	E.
12.3	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 12.3:**

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn das Pflegeheim die ärztlich verordneten Medikamente und deren Einnahme fachgerecht und vollständig dokumentiert hat. Eine fachgerechte und vollständige Dokumentation enthält folgende Angaben:

- die Applikationsform
- den vollständigen Medikamentennamen
- die Dosierung und Häufigkeit
- die tageszeitliche Zuordnung der Medikamentengabe
- 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.

Erläuterung zur Prüffrage 12.3:

Wenn der Bewohner die Einnahme nicht rezeptpflichtiger Medikamente nicht mehr eigenverantwortlich beurteilen kann und diese von der Pflegeeinrichtung verabreicht werden, ist dies mit dem Hausarzt abzustimmen sowie zu dokumentieren (ggf. Betreuer beachten).

Bei der Verwendung von Generika muss zweifelsfrei erkennbar sein, um welches Präparat es sich handelt (z.B. Austauschliste, Dokumentation des Wirkstoffnamens, Kennzeichnung der Generikumspackung 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 der Pflegeeinrichtung, den Umgang mit Generika zu regeln.

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 Sondennahrung ist grundsätzlich abzuraten, weil einerseits die Gefahr der Verstopfung zu groß ist und andererseits ein therapeutischer Wirkspiegel des Arzneimittels nicht mehr gewährleistet ist.

M/T4/B		ja	nein	l.n.z.	E.
12.4	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 12.4:**

Der Umgang mit Medikamenten ist sach- und fachgerecht, wenn:

- a) die gerichteten Medikamente mit den Angaben in der Pflegedokumentation übereinstimmen,
- b) diese bewohnerbezogen beschriftet aufbewahrt werden,
- c) ggf. eine notwendige Külschranklagerung ( 2 – 8°) erfolgt
- d) diese als Betäubungsmittel verschlossen und gesondert aufbewahrt werden,
- e) bei einer begrenzten Gebrauchsdauer nach dem Öffnen der Verpackung das Anbruch- und Verfallsdatums ausgewiesen wird,
- f) Medikamente in Blisterpackungen mit eindeutigen Bewohnerangaben (insbesondere Name, Vorname, Geburtsdatum) sowie mit Angaben zu den Medikamenten (Name, Farbe, Form, Stärke) ausgezeichnet werden.
- g) bei Verblisterung die Medikamente direkt aus der Blisterpackung gereicht werden
- h) bei Verblisterung eine kurzfristige Umsetzung der Medikamentenumstellung gewährleistet wird.

Die Kriterien f – h sind nur bei Verblisterung relevant.

Erläuterung zur Prüffrage 12.4:

Die Frage bezieht sich nur auf die Bewohner, für die Medikamente durch die Einrichtung gestellt und verteilt werden. Um diese Frage zu beantworten, ist ein Abgleich der vorgehaltenen und gestellten Medikamente mit den Angaben der Pflegedokumentation durchzuführen. Die Frage bezieht sich auch auf die Bedarfsmedikation.

Fachlicher Hintergrund:

Bewohner, die ihre Medikamente selbst verwalten und einnehmen können, müssen darauf hingewiesen werden, dass andere Bewohner keinen Zugang zu diesen Medikamenten haben.

Die höchstmögliche Sicherheit besteht dann, wenn die Person, die die Medikamente stellt, die Medikamente auch ausgibt. Beim Auseinanderfallen dieser Teilarbeiten müssen zusätzliche Sicherungen eingebaut werden.

Bei Anbruch bestimmter Medikamente sind diese mit Anbruch- und Verfalldatum zu versehen (z.B. Augentropfen, Insulin, flüssige Psychopharmaka). Diese Kennzeichnung ist erforderlich, um Rückschlüsse über Verbrauch und Haltbarkeit ziehen zu können. Tropfen sollten erst unmittelbar vor der Verabreichung gerichtet werden.

Die Anforderungen des Betäubungsmittelgesetzes sind einzuhalten. Daraus ist abzuleiten, dass Betäubungsmittel verschlossen in einem gesonderten Fach aufbewahrt werden. Nur besonders autorisierte Personen verwahren den dazu gehörenden Schlüssel. Ebenso ist zu empfehlen, dass die Dokumentation der Entnahme von Betäubungsmitteln mit dokumentenechtem Stift erfolgt. Dabei werden Datum, Uhrzeit, Name des Bewohners, Art und Menge des Betäubungsmittels, der verordnende Arzt und die verabreichende Pflegefachkraft angegeben.

Um größtmögliche Sicherheit im Umgang mit Medikamenten zu gewährleisten, sollte die Vorgehensweise durch z.B. Leitlinien oder Standards schriftlich geregelt werden.

Eine Verblisterung durch Apotheken ist möglich, wenn die unter 12.4 f-h der Ausfüllanleitung genannten Voraussetzungen erfüllt werden. Ein Vertrag nach § 12a des Gesetzes über das Apothekenwesen kann hier die Grundlage für entsprechende Kooperationen sein.

Die Verblisterung durch Apotheken entbindet die Pflegeeinrichtung nicht von ihrer Mitverantwortung für die Organisation der Medikamentenversorgung.

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

Erläuterung zur Prüffrage 12.5:

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

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

M/T20/B		ja	nein	ln.z.	E.
12.6	<b>Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 12.6:**

Die systematische Schmerzeinschätzung erfolgt in einer Befragung der Bewohner zu folgenden Inhalten:

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 12.6: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Bei degenerativen Erkrankungen des Bewegungsapparates, Multimorbidität oder Tumorleiden 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 mitteilt, sie sind vorhanden, wenn der Patient mit Schmerzen sagt, dass er Schmerzen hat.“

Ab einem gewissen Grad der kognitiven Beeinträchtigung eines Bewohners 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 Bewohner eine Beratung anbieten, um ihn zu befähigen, Schmerzen einzuschätzen, mitzuteilen und zu beeinflussen. Bei der Beratung sollten 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 Bewohnern 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 Bewohner und eine lückenlose Verlaufsdarstellung. Die nachfolgenden Kriterien sollten bei einer systematischen Schmerzeinschätzung berücksichtigt werden.

Kriterium	Bedeutung	Methode
<b>Schmerzlokalisierung</b>	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 Körperskizze ein (Schmerzersteinschätzung McCaffery, Brief Pain Inventory [BPI])
<b>Schmerzintensität</b>	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
<b>Schmerzqualität</b>	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)
<b>Zeitliche Dimension</b> (1. 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)
<b>Verstärkende und lindernde Faktoren</b>	Wichtig für Pflegeplanung, um Faktoren, die schmerzverstärkend sind, zu meiden und bewährte Maßnahmen fortzuführen sowie Lösungsstrategien zu entwickeln	Pat. befragen, beobachten, ggf. Familie einbeziehen
<b>Auswirkungen auf das Alltagsleben</b>	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.) (2004): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. 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 Bewohners zu berücksichtigen und das Therapieziel gemeinsam zu vereinbaren.
- Wong-Baker-Faces-Rating-Scale  
Anwendung bei Personen mit kognitiven Einschränkungen oder bei Kindern.

M/T21/B		ja	nein	t.n.z.	E.
<b>12.7</b>	<b>Kooperiert das Pflegeheim bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 12.7:**

*Dieses Kriterium ist erfüllt, wenn erkennbar ist bzw. vom Pflegeheim dargelegt wird, dass aufgrund der Ergebnisse der Krankenbeobachtung von Schmerzpatienten der behandelnde Arzt im Bedarfsfall unverzüglich informiert wird, insbesondere dann, wenn durch die eingenommenen Medikamente keine ausreichende Minderung der Schmerzen erreicht wird.*

Erläuterung zur Prüffrage 12.7:

Es muss in der Pflegedokumentation erkennbar bzw. dargelegt sein, dass mit dem behandelnden Arzt im Bedarfsfall kommuniziert wurde.

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

Fachlicher Hintergrund:

Eine aktive Kooperation mit den behandelnden Ärzten ist eine Grundvoraussetzung für ein angemessenes Schmerzmanagement. Zu den Aufgaben von Pflegefachkräften gehört die Beobachtung der Wirkung verordneter Schmerzmittel sowie die Feststellung, ob die vorgegebenen Zeitintervalle für die Medikamentengabe ausreichen. Im Bedarfsfall muss eine unverzügliche Informationsweitergabe an den behandelnden Arzt erfolgen.

M/T12/B		ja	nein	t.n.z.	E.
<b>12.8</b>	<b>Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die verordneten Medikamente?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 12.8:**

*Die Beurteilung dieses Kriteriums erfolgt anhand der Pflegedokumentation. Es gelten hier die Erläuterungen zum Kriterium 3 (Frage 12.3) entsprechend.*

**Ausfüllanleitung zu 12.3:**

*Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn das Pflegeheim die ärztlich verordneten Medikamente und deren Einnahme fachgerecht und vollständig dokumentiert hat. Eine fachgerechte und vollständige Dokumentation enthält folgende Angaben:*

- a) die Applikationsform
- b) den vollständigen Medikamentennamen
- c) die Dosierung und Häufigkeit
- d) die 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.*

Erläuterung zur Prüffrage 12.8:

Es gelten hier die Erläuterungen zur Prüffrage 12.3.

Erläuterung zur Prüffrage 12.3:

Wenn der Bewohner die Einnahme nicht rezeptpflichtiger Medikamente nicht mehr eigenverantwortlich beurteilen kann und diese von der Pflegeeinrichtung verabreicht werden, ist dies mit dem Hausarzt abzustimmen sowie zu dokumentieren (ggf. Betreuer beachten).

Bei der Verwendung von Generika muss zweifelsfrei erkennbar sein, um welches Präparat es sich handelt (z.B. Austauschliste, Dokumentation des Wirkstoffnamens, Kennzeichnung der Generikumspackung mit dem Namen des Originalpräparates).

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

M/T/S/B		ja	nein	L.n.Z.	E.
12.9	<b>Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 12.9:**

*Kompressionsstrümpfe werden sachgerecht angelegt, wenn*

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

Erläuterung zur Prüffrage: 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 Bewohner 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 Bewohnern. Vermindert bei gehfähigen Bewohnern 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.

M/B	ja	nein	l.n.z.	E.
<b>12.10 Ist der Umgang mit Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 12.10:

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 Größe
- alle im Zusammenhang mit der Trachealkanüle eingesetzten Hilfsmittel
- Angaben zum Wechsel der Trachealkanüle (Häufigkeit, Art und Weise der Durchführung)
- Angaben dazu, wer den Kanülenwechsel durchführt
- 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 Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn die im fachlichen Hintergrund zum Absaugen beschriebenen Aspekte beachtet werden:

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 Bewohnern 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.

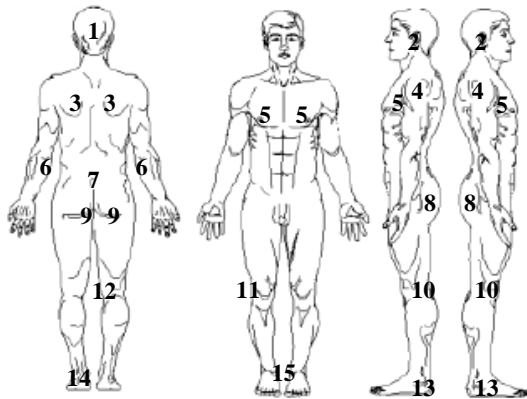
Um mit dem Bewohner angemessen kommunizieren zu können, sollten die Kommunikationshindernisse des Bewohners, aber auch seine Ressourcen/Fähigkeiten erkannt und eingeschätzt werden. Es ist notwendig, geeignete Kommunikationshilfsmittel (z.B. Schreibutensilien, Symboltafeln, -karten, Löschtafeln etc.)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

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

Absaugen ist je nach Menge und Beschaffenheit des Bronchial- und Trachealsekretes erforderlich, wenn der Bewohner 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/Info  
**12.11 Beschreibung vorliegender Wunden**

l.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

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

Erläuterung zur Prüffrage 12.11:

Die Ist-Erhebung bezieht sich nur auf die oben genannten chronischen Wunden. Eine Ist-Erhebung und Bewertung anderer Wunden kann unter Kapitel 19 „Sonstiges“ erfolgen. 12.1 und 12.2 treffen auch bei anderen Wunden zu.

12.11d 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	
12.12	<b>Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)</b>
a.	Wunde 1
b.	Wunde 2
c.	Wunde 3

t.n.z.

Erläuterung zur Prüffrage 12.12: Keine.

M/T8/B	
12.13	<b>Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus nachvollziehbar?</b>

ja

nein

t.n.z.

E.

**Ausfüllanleitung zu 12.13:**

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

Erläuterung zur Prüffrage 12.13: Keine.

M/T10/B		ja	nein	l.n.z.	E.
<b>12.14</b>	<b>Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 12.14:**

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

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

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

**Erläuterung zur Prüffrage:**

Die Einhaltung von Hygienegrundsätzen und die Durchführung der Maßnahmen entsprechend der ärztlichen Anordnung werden nach Möglichkeit 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: Expertenstandard Pflege von Menschen mit chronischen Wunden, Seite 27)

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

- die Infektionsprävention und -bekämpfung
- das Debridement (außer dem chirurgischen,
- die 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, Wundlokalisierung, 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 hygienischen 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 No-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.

Bewohner 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.

<small>M/T9/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>l.n.z.</small>	<small>E.</small>
<b>12.15</b>	<b>Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus (aktuell, Verlauf nachvollziehbar, Größe, Lage, Tiefe)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 12.15:**

Die Frage ist selbsterklärend, weitere Erläuterungen sind nicht erforderlich.

Erläuterung zur Prüffrage 12.15: 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 Bewohner 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.

<small>M/T11/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>l.n.z.</small>	<small>E.</small>
<b>12.16</b>	<b>Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z.B. Wunddokumentation) ausgewertet und die Maßnahmen ggf. angepasst?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 12.16:**

Das Kriterium ist erfüllt, wenn der Heilungsprozess kontinuierlich evaluiert, die Ergebnisse beurteilt und Therapiemaßnahmen nach ärztlicher Anordnung ggf. angepasst werden.

Erläuterung zur Prüffrage 12.16: 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 Bewohners 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 des Bewohners nicht verbessert oder gar verschlechtert
- Die Patientin/Bewohnerin die geplanten Maßnahmen nicht unterstützt
- Behandlungsziele erreicht wurden und weitergehende Behandlungsschritte eingeleitet werden können.

### **Literatur zu Kapitel 12:**

Betäubungsmittel-Verschreibungsverordnung vom 20. Januar 1998 (BGBl. I S. 74, 80), zuletzt geändert durch Artikel 34 des Gesetzes vom 26. März 2007 (BGBl. I S. 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, Jacobs P (1997): Rechtsfragen bei ärztlichen Anordnungen. Die Schwester Der Pfleger 2, 149-152.

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- und Krankenhausrecht. 4, 106-107.

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte – Bundesopiumstelle (Stand: 1.1.2007): Richtlinien über Maßnahmen zur Sicherung von Betäubungsmittelvorräten im Krankenhausbereich, in öffentlichen Apotheken, Arztpraxen sowie Alten- und Pflegeheimen. [http://www.bfarm.de/cIn\\_012/nn\\_424412/SharedDocs/Publikationen/DE/Bundesopiumstelle/BtM/rechtsgrund/sicherung4114-k.templateId=raw.property=publicationFile.pdf/sicherung4114-k.pdf](http://www.bfarm.de/cIn_012/nn_424412/SharedDocs/Publikationen/DE/Bundesopiumstelle/BtM/rechtsgrund/sicherung4114-k.templateId=raw.property=publicationFile.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, 1073-9.

Chapman C, Syrjala K (2001): Measurement of pain. In 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.) (2004): Expertenstandard Schmerzmanagement in der Pflege. Kommentierung und Literaturanalyse. 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): Verbandslehre. München, Wien, Baltimore.

Empfehlungen der Bundesapothekerkammer zur Qualitätssicherung bei der Versorgung der Bewohner von Heimen (Stand der Revision: 09.05.2006). Quelle 15.10.2009: [http://www.abda.de/leitlinien\\_downloads0.html](http://www.abda.de/leitlinien_downloads0.html)

European Pressure Ulcer Advisory Panel (EPUAP) (1998): Pressure Ulcer Prevention 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, 01, 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): Pflegetechniken von A-Z. Stuttgart.

Köther I (2007): Thiemes Altenpflege. Stuttgart, New York.

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

Lobnig M, Hambücker J (2003): Beatmung - Praxishandbuch für Pflegenden. Bern et al.

McCaffery M, Beebe A, Latham, J (1997): SCHMERZ: Ein Handbuch für die Pflegepraxis. Übersetzer Villwock U HG, Osterbrink J, VOL. 1 Berlin, Wiesbaden.

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.

Öffentlicher Gesundheitsdienst Mecklenburg-Vorpommern (Stand Februar 2001): Hygienegrundsätze in Alten- und Pflegeheimen.

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.

Prävention der nosokomialen Pneumonie (2002): Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert-Koch-Institut. Bundesgesundheitsblatt 43, 302-309.

Protz K (2004): Ulcus cruris venosum. Forum Sozialstation, 2, 38-42.

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.

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 (2002): Sensible Daten. Altenpflege, 2, 48-49.

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.

### 13. Mobilität

<small>M/Info</small>			
<b>13.1</b>	<b>Bewohner angetroffen:</b>		
a.	<input type="checkbox"/> liegend	<input type="checkbox"/> sitzend	<input type="checkbox"/> stehend
b.	<input type="checkbox"/> Tageskleidung	<input type="checkbox"/> Nachtwäsche	

Erläuterung zur Prüffrage 13.1: Keine.

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

Erläuterung zur Prüffrage 13.2:

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 13.2.e ist die selbstständige Veränderung der Sitzposition zu berücksichtigen

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

Erläuterung zur Prüffrage 13.3: 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/ingeschränkte 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.

<small>M/T24/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
<b>13.4</b>	<b>Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 13.4:**

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn für alle Bewohner des Pflegeheims geprüft worden ist, ob ein erhöhtes Sturzrisiko besteht. Ist dies der Fall, ist das individuelle Sturzrisiko zu beschreiben.

Erläuterung zur Prüffrage 13.4:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten wenn:

- offensichtlich kein Sturzrisiko vorliegt und dies nachvollziehbar von der Einrichtung dokumentiert ist oder
- bei bestehender Sturzgefährdung eine aktuelle, systematische Einschätzung vorliegt.

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

Fachlicher Hintergrund:

Stürze stellen insbesondere für ältere und kranke Menschen ein hohes Risiko dar. Sie gehen häufig mit schwerwiegenden Einschnitten in die bisherige Lebensführung einher, die von Wunden und Frakturen über Einschränkung des Bewegungsradius infolge verlorenen Vertrauens in die eigene Mobilität bis hin zum Verlust einer selbständigen Lebensführung reichen. Durch rechtzeitige Einschätzung der individuellen Risikofaktoren, eine systematische Sturzerfassung, Information und Beratung von Bewohnern und Angehörigen sowie gemeinsame Maßnahmenplanung und Durchführung kann eine sichere Mobilität gefördert werden.

Die Autoren des Expertenstandards „Sturzprophylaxe“ kommen auf der Basis der gegenwärtigen Forschungslage zu dem Schluss, dass durch die Nutzung eines Assessmentinstruments zur Einschätzung des Sturzrisikos die Vorhersagekraft von Stürzen gegenüber der klinischen Beurteilung durch Pflegefachkräfte nur minimal gesteigert werden kann. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Berufserfahrung der Pflegekräfte in der Genauigkeit der Sturzrisikobeurteilung eine herausragende Rolle zukommt. Insofern wird empfohlen, alle vorhandenen Sturzrisikofaktoren durch Pflegefachkräfte strukturiert zu identifizieren und, soweit möglich, darauf ausgerichtete Interventionen einzuleiten.

<small>M/T25/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>l.n.z.</small>	<small>E.</small>
<b>13.5</b>	<b>Werden Sturzereignisse dokumentiert?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 13.5:**

Die Frage ist selbsterklärend. Erläuterungen sind daher nicht erforderlich.

Erläuterung zur Prüffrage 13.5: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Nach dem Expertenstandard zur Sturzprophylaxe gehören zur Dokumentation eines Sturzereignisses:

- Zeitpunkt des Sturzes
- Situationsbeschreibung
- Aktivitäten vor einem Sturz
- Ort des Sturzes
- Zustand vor einem Sturz
- Folgen des Sturzes
- eingeleitete Folgemaßnahmen.

Kommt es zu einem Sturz, sollten die Ursachen und Zusammenhänge systematisch (ggf. mit einem Sturzereignisprotokoll) analysiert werden, um geeignete Strategien und Maßnahmen zur zukünftigen Vermeidung zu entwickeln. Bei einer systematischen Auswertung mehrerer Stürze lassen sich häufig identische Entstehungsmuster erkennen und Möglichkeiten zur Vermeidung ableiten.

M/T26/B		ja	nein	l.n.z.	E.
<b>13.6</b>	<b>Werden erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 13.6:**

Auf der Basis des individuell einzuschätzenden Sturzrisikos sind entsprechende Maßnahmen durchzuführen. Hier kommen insbesondere folgende Maßnahmen zur Sturzprophylaxe in Betracht.

- Übungen zur Steigerung der Kraft und Balance
- Anregung zur Überprüfung und Anpassung der Medikation durch den Arzt
- Verbesserung der Sehfähigkeit
- Anpassung der Umgebung (z. B. Beseitigung von Stolperfallen und Verbesserung der Beleuchtung, Einsatz geeigneter Hilfsmittel)

Erläuterung zur Prüffrage 13.6:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn auf Basis der beschriebenen Fähigkeiten/Einschränkungen individuell geeignete Maßnahmen zur Sturzprophylaxe geplant, durchgeführt und dokumentiert sind (siehe z.B. auch Ausfüllanleitung zu 13.9).

Fachlicher Hintergrund:

Jeder Mensch kann stürzen, allerdings nimmt das Sturzrisiko mit dem Lebensalter zu. Viele Bewohner von Alten- und Pflegeheimen haben ein erhöhtes Risiko zu stürzen. Es ist davon auszugehen, dass die Hälfte der Bewohner einmal pro Jahr stürzt, 30 % der Bewohner stürzen mehrmals jährlich und bei 5-10 % kommt es zu schwerwiegenden Verletzungen und Frakturen. Demnach ist der Sturzvermeidung in der stationären Langzeitpflege mit besonderer Aufmerksamkeit zu begegnen.

Die Körperbalance sollte auch im Alter geübt werden. Häufig bewegen sich Senioren zu wenig. Dies ist nicht nur nachteilig, was die Muskulatur betrifft, sondern auch in Bezug auf den Gleichgewichtssinn. Wer sich regelmäßig bewegt, kann das Risiko zu fallen erheblich reduzieren. Bis zu 3-mal wöchentlich sollten Balanceübungen durchgeführt werden, auch stärken Spaziergänge die Muskulatur. Einzelinterventionen versprechen den größten Erfolg, wenn ein individuelles Interventionsangebot auf der Grundlage einer sorgfältigen Risikoanalyse für jeden Bewohner zusammengestellt wird.

Übungen für die Balance können z.B. sein:

- Übungen im offenen und geschlossenen Stand
- mit einer Hand an der Wand abstützen und abwechselnd ein Bein vor und zurück schwingen
- Einsatz von Hilfsmitteln wie Handtüchern und Bällen/Luftballons
- verschiedene Gehvariationen/Hüftkreisen.

Eine regelmäßige Überprüfung/Anpassung der verordneten Medikation sollte in Kooperation mit dem Hausarzt erfolgen. Insbesondere um ungewollte Nebenwirkungen auszuschließen. Beispielsweise können bestimmte Beruhigungs- oder Schlafmittel das Sturzrisiko erhöhen.

Sehbeeinträchtigungen stellen einen bedeutenden Sturzrisikofaktor dar. Demzufolge gilt es darauf zu achten, dass u.a. eine Konsultation mit dem Augenarzt eingeleitet wird und die Lichtverhältnisse den Bedürfnissen angepasst sind. Weiterhin ist der korrekte Einsatz von Seh- und Lesebrillen vorzunehmen.

M/Info		ja	nein
<b>13.7</b>	<b>Liegt ein Dekubitusrisiko vor?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Punkte	nach:		
	Norton <input type="checkbox"/>	Von: Gutachter erhoben <input type="checkbox"/>	
	Braden <input type="checkbox"/>	Einrichtung übernommen <input type="checkbox"/>	
	Sonstige <input type="checkbox"/>		

Erläuterung zur Prüffrage 13.7: 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 Bewohnern 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/T6/B		ja	nein	E.
13.8	<b>Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 13.8:**

*Die Einschätzung des Dekubitusrisikos sollte bei allen Bewohnern erfolgen, bei denen eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann, und zwar unmittelbar zum Beginn der Pflege und danach in individuell festgelegten Abständen sowie unverzüglich bei Veränderungen der Mobilität, der Aktivität und des Druckes. Ein bestehendes Dekubitusrisiko ist ggf. mit Hilfe einer Skala (z. B. Braden-Skala, Medley-Skala) zur Ermittlung des Dekubitusrisikos zu erkennen und einzuschätzen. Die Einschätzung des Dekubitusrisikos muss aktuell sein.*

Erläuterung zur Prüffrage 13.8:

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

- offensichtlich kein Risiko vorliegt und dies nachvollziehbar von der Einrichtung dokumentiert ist oder
- bei bestehender Dekubitusgefährdung eine aktuelle, systematische Einschätzung der Dekubitusgefährdung vorliegt.

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

M/T7/B		ja	nein	l.n.z.	E.
13.9	<b>Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 13.9:**

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

- *haut- und gewebeschonende Lagerung und Transfertechniken,*
- *Maßnahmen zur Bewegungsförderung, (Lagerungsart, Lagerungshäufigkeit)*
- *ausreichende Flüssigkeits- und Eiweißzufuhr,*
- *fachgerechte Hautpflege / regelmäßige Hautinspektion,*
- *ggf. Beratung der Bewohner bzw. ihrer Angehörigen hinsichtlich der Risiken und Maßnahmen in der Pflegeplanung berücksichtigt sind und die Durchführung erkennbar ist.*

Erläuterung zur Prüffrage 13.9: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Erforderliche Maßnahmen zur Dekubitusprophylaxe werden in der Pflegeplanung berücksichtigt. Maßnahmen zur Erleichterung der Eigenbewegung und Nutzung der Bewegungsreserven der Bewohner sind dabei von besonderer Bedeutung.

Erforderliche 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 Transfertechniken ist es notwendig, geeignete Techniken (z.B. Bobath, Kinästhetik) nicht nur theoretisch zu erlernen, sondern auch einzüben. 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 Bewohners.

Die Antidekubitusmatratzen sind entsprechend der Herstellerangaben einzusetzen (z.B. bei Wechseldruckmatratzen Anpassung der Druckeinstellung an das Körpergewicht). Grundsätzlich sollte das Lagern eines Bewohners die Selbstständigkeitsförderung bzw. -erhaltung zum Ziel haben. Von besonderer Bedeutung ist die unverzügliche Anwendung einer für den Bewohner 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 Bewohner. Weich- und Hohllagerung führen eher zu einer Immobilität. Um den Auf-lagedruck 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).

Soweit möglich wird der Bewohner mobilisiert.

Es ist besonders auf eine ausreichende Flüssigkeits- und Eiweißzufuhr zu achten. Empfohlen wird für eine wirksame Dekubitusprophylaxe eine ausreichende Zufuhr von Flüssigkeit, Kohlenhydraten, Eiweiß, Vitaminen und Spurenelementen wie Zink und Eisen. Bei bestehendem Dekubitusrisiko sollte das individuelle Ess- und Trinkverhalten beurteilt werden. Maßnahmen zur Deckung des individuellen Bedarfs sind zu planen (z.B. Förderung der Wachhalt des Bewohners, Förderung der selbständigen Nahrungsaufnahme, Anregung des Appetits).

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

Um die Eigenverantwortlichkeit und Selbstpflegekompetenz der Bewohner zu erhöhen, sind diese über das Dekubitusrisiko und erforderliche Maßnahmen zu informieren.

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.

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>
<b>13.10</b>	<b>Liegt ein Kontrakturrisiko vor?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Von:		
	Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>	
	Einrichtung übernommen	<input type="checkbox"/>	

Erläuterung zur Prüffrage 13.10:

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 13.12.

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

Zur Beurteilung des Kontrakturrisikos sind u.a. die Angaben unter 13.2 zu berücksichtigen.

<small>M/T27/B</small>	<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
<b>13.11 Wird das individuelle Kontrakturrisiko erfasst?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 13.11:**

Das individuelle Kontrakturrisiko sollte zum Beginn der Pflege sowie regelmäßig im Rahmen der Evaluation der Pflegeplanung ermittelt und beschrieben werden.

**Erläuterung zur Prüffrage 13.11:**

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn

- offensichtlich kein Risiko vorliegt und dies nachvollziehbar von der Einrichtung dokumentiert ist oder
- bei bestehender Kontrakturgefährdung eine aktuelle, differenzierte Einschätzung vorliegt.

**Fachlicher Hintergrund:**

Zur Einschätzung des Kontrakturrisikos gehört die Beschreibung der Gelenke (große und kleine) hinsichtlich ihrer Beweglichkeit und Bewegungsabläufe. Die gefährdeten Gelenke sind zu benennen.

Bereits bestehende Bewegungseinschränkungen im Sinne von Kontrakturen sind hinsichtlich der Ausprägung zu beschreiben. (Anhand der Risikoeinschätzung muss erkennbar sein, worin die Gefährdung für den Bewohner besteht und wie sich daraus sein individuelles Risiko ableitet.)

<small>M/T28/B</small>	<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>l.n.z.</small>	<small>E.</small>
<b>13.12 Werden die erforderlichen Kontrakturprophylaxen durchgeführt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 13.12:**

Als Maßnahmen der Kontrakturprophylaxe kommen insbesondere die physiologische Lagerung, die Mobilisierung und Bewegungsübungen in Betracht. Gelenke sollen mindestens drei Mal täglich in jeweils drei Wiederholungen bewegt werden, um Kontrakturen zu vermeiden.

**Erläuterung zur Prüffrage 13.12:**

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn 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 Bewohner die Gelenke nicht mehr bewegt, z.B. bei:

- Immobilität, Bettlägerigkeit
- Inaktivität (z.B. durch Extension oder Gips)
- Lähmungen und andere neurologische 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 Kontrakturrenprophylaxe 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.

Bewohner 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 Bewohnern 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 Bewohnern, 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 Bewohner sollten daher in ihrer natürlichen Bewegung frühzeitig unterstützt werden.

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

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

Bewohner sind während der Bewegungsübungen genau auf Schmerzäußerungen hin zu beobachten. Bei jeder Lagerung müssen Sekundärerkrankungen und Schmerzschwellen des Bewohners 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, Gumminoppenbälle 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 Bewohner 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 Bewohnern 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 13:**

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 (Hrsg.) (2006): Sturzprophylaxe in der Pflege. Entwicklung – Konsentierung – Implementierung. Osnabrück.

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

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. 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 (2007): Pro Alter Sonderdruck "Stürze lassen sich nicht verhindern". Magazin Zu Hause Pflegen, 3.

Neander KD (2004): Dekubitusprophylaxe. Der Expertenstandard und die Praxis. Hannover.

Phillips J (2001): Dekubitus und Dekubitusprophylaxe. Bern et al.

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.

Runge M (1998): Gehstörungen, Stürze, Hüftfrakturen. Darmstadt.

## 14. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info	
<b>14.1</b>	<b>Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung</b>
a.	Aktuelles Gewicht kg
b.	Aktuelle Größe cm
c.	BMI (kg/m <sup>2</sup> )
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 14.1a-c und e: Keine.

Erläuterung zur Prüffrage 14.1d:

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. Regelmäßige Gewichtsbestimmungen und eine genaue Dokumentation sind im Hinblick auf das rechtzeitige Erkennen einer sich entwickelnden Mangelernährung erforderlich. Dabei sollten einzelne anthropometrische Werte, wie das Gewicht oder der BMI (Body Mass Index) in einem Screening-Verfahren nicht überbewertet werden. 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 in der Regel das aktuelle Körpergewicht, die Körpergröße und ggf. der BMI erfasst – diese Parameter sind jedoch erst durch eine Verlaufsbeobachtung 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. Weiterhin ist relevant, ob die letzte Gewichtsangabe in der Pflegedokumentation aktuell ist. Aus diesem Grund ist bei der Gewichtsangabe anhand der Pflegedokumentation das Datum mit anzugeben. Ein Screening inklusive einer Gewichtsmessung sollte mindestens alle 3 Monate erfolgen, sofern die Situation keine häufigere Überprüfung des Ernährungszustandes erfordert.

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									
<b>14.2 Der Bewohner ist versorgt mit:</b>									
	<b>Beschreibung</b>								
a. <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<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								
	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>Nahrung</td> <td>          kcal/24 h</td> <td>Flussrate</td> <td>          ml/h</td> </tr> <tr> <td>Flüssigkeit</td> <td>          ml/24 h</td> <td>Flussrate</td> <td>          ml/h</td> </tr> </table>	Nahrung	kcal/24 h	Flussrate	ml/h	Flüssigkeit	ml/24 h	Flussrate	ml/h
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.

Erläuterung zur Prüffrage 14.2: Keine.

M/Info	
<b>14.3 Bestehen Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung?</b>	
Von: Gutachter beurteilt Einrichtung übernommen	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Ja    nein

Erläuterung zur Prüffrage 14.3:

Hier nimmt der Prüfer auf Grundlage der vorliegenden Informationen Stellung dazu, ob aus seiner Sicht Anhaltspunkte für Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung vorliegen. Ist die Frage mit „Ja“ zu beantworten, erfolgt eine Bearbeitung der Frage 14.7.

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

Besteht zwischen dem Prüfer und der Einrichtung kein Konsens, bzw. erfolgte seitens der Einrichtung keine Einschätzung, wird gemeinsam das Ernährungsrisiko mittels des MNA-SF erhoben. Das Ergebnis ist zu dokumentieren.

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 14.4:

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

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

Ist die Frage mit „Ja“ zu beantworten, erfolgt eine Bearbeitung der Frage 14.8.

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/T13/B		ja	nein	E.
14.5	<b>Werden individuelle Ernährungsressourcen und Risiken erfasst?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 14.5:**

Für alle Bewohner des Pflegeheims soll geprüft werden, ob ein Ernährungsrisiko besteht. Ist dies der Fall, ist das individuelle Ernährungsrisiko zu ermitteln und zu beschreiben.

Erläuterung zur Prüffrage 14.5:

Die Frage ist mit ja zu beantworten, wenn

- das Ernährungsrisiko bei jedem Bewohner erfasst ist (mindestens zu Beginn des pflegerischen Auftrags), ggf. mit Hilfe eines Screening-Instrumentes (z.B. MNA)
- die individuellen Ernährungsressourcen, wie z.B. die Vorlieben, Abneigungen und Gewohnheiten im Zusammenhang mit der Ernährung (Essbiografie), bekannt sind
- bei Bewohnern mit vorliegendem Risiko oder Anzeichen einer Mangelernährung eine tiefer gehende Einschätzung der Ernährungssituation und der sie beeinflussenden Faktoren (Assessment) vorliegt.

M/T16/B		ja	nein	E.
14.6	<b>Werden individuelle Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 14.6:**

Für alle Bewohner des Pflegeheims soll geprüft werden, ob ein Risiko bei der Flüssigkeitsversorgung besteht. Ist dies der Fall, ist das individuelle Risiko zu ermitteln und zu beschreiben.

Erläuterung zur Prüffrage 14.6:

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

- die Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst sind, z.B. Zeichen von Flüssigkeitsmangel erkannt (plötzliche oder unerwartete Verwirrtheit, trockene Schleimhäute, konzentrierter Urin, auffällig geringe Trinkmengen – z.B. weniger als 1000 ml/Tag über mehrere Tage, erhöhter Flüssigkeitsbedarf)
- die individuellen Ressourcen bei der Flüssigkeitsversorgung, wie z.B. die Vorlieben, Abneigungen und Gewohnheiten beim Trinken bekannt sind
- bei Bewohnern mit vorliegendem Risiko bei der Flüssigkeitsversorgung eine tiefer gehende Einschätzung der Flüssigkeitsversorgung und der sie beeinflussenden Faktoren vorliegt.

<small>M/T14/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>l.n.z.</small>	<small>E.</small>
<b>14.7</b>	<b>Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung durchgeführt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 14.7:**

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei Bewohnern mit Einschränkungen der selbständigen Nahrungsaufnahme auf der Grundlage der Erfassung der individuellen Ernährungsressourcen und Risiken erforderliche Maßnahmen mit dem Bewohner abgestimmt und in der Pflegeplanung nachvollziehbar dokumentiert sind.

Erläuterung zur Prüffrage 14.7: Keine.

**Fachlicher Hintergrund:**

Bei den erforderlichen Maßnahmen sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Individuelle Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme (vgl. 9.2.e)
- Angepasste Gestaltung der Umgebung /soziales Umfeld
- Geeignete, flexible Speisenangebote sowie Darreichungsformen
- Angepasste Hilfsmittel
- Information des Hausarztes und Einbeziehung weiterer Berufsgruppen bei Bedarf
- Der Verzicht auf eine bedarfsgerechte Nahrungszufuhr, insbesondere mit invasiven Maßnahmen (PEG-Sonde) ist auf Grundlage der Ermittlung des (mutmaßlichen) Willens (z.B. Patientenverfügung, Ergebnis einer ethischen Fallbesprechung) möglich, wenn diese Entscheidung nachvollziehbar dokumentiert ist. Hunger muss aber grundsätzlich gestillt werden.

Die Erstellung eines individuellen Maßnahmenplans kann in der Langzeitpflege über mehrere Tage bis Wochen dauern, denn häufig ist 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 Bedürfnissen (z.B. Abneigungen und Vorlieben bestimmten Speisen gegenüber) zu berücksichtigen.

<small>M/T17/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>l.n.z.</small>	<small>E.</small>
<b>14.8</b>	<b>Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 14.8:**

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei Bewohnern mit Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsaufnahme auf der Grundlage der Erfassung der individuellen Ressourcen und Risiken erforderliche Maßnahmen mit dem Bewohner abgestimmt und in der Pflegeplanung nachvollziehbar dokumentiert sind.

Erläuterung zur Prüffrage 14.8: Keine.

**Fachlicher Hintergrund:**

Bei den erforderlichen Maßnahmen sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Individuelle Unterstützung bei der Flüssigkeitszufuhr (vgl. 9.2.e)
- Angepasste Gestaltung der Umgebung /soziales Umfeld
- Geeignetes, flexibles Angebot von Getränken sowie Darreichungsformen (z.B. Verdickungsmittel)
- Angepasste Hilfsmittel (keine standardmäßige Verwendung durchsichtiger Schnabelbecher)
- Information des Hausarztes und Einbeziehung weiterer Berufsgruppen bei Bedarf
- Der Verzicht auf eine bedarfsgerechte Flüssigkeitszufuhr, insbesondere mit invasiven Maßnahmen (PEG-Sonde) ist auf Grundlage der Ermittlung des (mutmaßlichen) Willens (z.B. Patientenverfügung, Ergebnis einer ethischen Fallbesprechung) möglich, wenn diese Entscheidung nachvollziehbar dokumentiert ist. Durst muss aber grundsätzlich gestillt werden.

Die Erstellung eines individuellen Maßnahmenplans kann in der Langzeitpflege über mehrere Tage bis Wochen dauern, denn häufig ist 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 Bedürfnissen (Abneigungen und Vorlieben bestimmten Getränken gegenüber) zu berücksichtigen.

M/T15/B		ja	nein	E.
<b>14.9</b>	<b>Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 14.9:**

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

- a) Der Bewohner hat keine Einschränkungen und Risiken bei der selbständigen Nahrungsaufnahme.
- b) Es bestehen Risiken und/oder Einschränkungen bei der selbständigen Nahrungsaufnahme und das Pflegeheim führt alle aus der Risikofeststellung abgeleiteten Maßnahmen durch, aber der Bewohner ist trotzdem unter- oder überernährt bzw. fehlernährt.

Erläuterung zur Prüffrage 14.9:

Dies bedeutet, dass die Frage mit „ja“ zu beantworten ist, wenn:

- die Informationsfrage 14.3 verneint wird, d.h. der Bewohner hat keine Risiken/Einschränkungen im Bereich der Ernährung oder
- unabhängig vom Ergebnis zur Frage 14.7 der Ernährungszustand angemessen ist.

M/T18/B		ja	nein	E.
<b>14.10</b>	<b>Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 14.10:**

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

- a) Der Bewohner hat keine Einschränkungen und Risiken bei der selbständigen Flüssigkeitszufuhr.
- b) Es bestehen Risiken und/oder Einschränkungen bei der selbständigen Flüssigkeitsaufnahme und das Pflegeheim führt alle aus der Risikofeststellung abgeleiteten Maßnahmen durch, aber der Bewohner ist trotzdem nicht ausreichend mit Flüssigkeit versorgt.

Erläuterung zur Prüffrage 14.10:

Dies bedeutet, dass die Frage mit „ja“ zu beantworten ist, wenn:

- die Informationsfrage 14.4 verneint wird, d.h. der Bewohner hat keine Risiken/Einschränkungen im Bereich der Flüssigkeitsversorgung oder
- unabhängig vom Ergebnis zur Frage 14.8 die Flüssigkeitsversorgung angemessen ist.

M/T19/B		ja	nein	l.n.z.	E.
<b>14.11</b>	<b>Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 14.11:**

Das Kriterium ist erfüllt, wenn bei Bewohnern mit Ernährungssonden zu den üblichen Essenszeiten der Geschmackssinn angeregt wird.

Erläuterung zur Prüffrage 14.11:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei Bewohnern mit liegender Ernährungssonde, angepasst an den individuellen Lebensrhythmus, der Geschmackssinn angeregt wird. Die Anregung des Geschmackssinns sollte mindestens zu den Haupt- und Zwischenmahlzeiten (5x tgl.) erfolgen. Dabei sind verschiedene Geschmacksrichtungen unter Berücksichtigung von Vorlieben und Abneigungen anzubieten.

Fachlicher Hintergrund:

Die DGEM formuliert in der Leitlinie zur Enteralen Ernährung folgende Grundaussage: „Grundanliegen der enteralen Ernährung und ein Vorzug gegenüber parenteraler Flüssigkeits- und Nährstoffzufuhr ist, die

natürlichen Vorgänge der Flüssigkeits- und Nahrungsaufnahme im Gastrointestinaltrakt soweit wie möglich aufrechtzuerhalten. Auch bei liegender PEG-Sonde sind alle Möglichkeiten einer natürlichen Nahrungszufuhr auszuschöpfen (Nahrungsgenuss, Zuwendung von Pflegenden, Training der Nahrungsaufnahmefunktion).“

Sind die Angehörigen über den Umgang mit Ernährungssonden aufgeklärt, können sie dem Bewohner weiter die Fürsorge und Zuwendung durch persönliches Esseneingeben zukommen lassen. So bleiben der mit der Nahrungsaufnahme verbundene Genuss für den Bewohner und der menschliche Kontakt erhalten.

Die Anregung des Geschmackssinns sollte sich nicht auf die Mahlzeiten beschränken. Orientiert am individuellen Lebensrhythmus und Appetit ist ein flexibles Anbieten von Getränken und Speisen sicherzustellen.

#### Literatur zu Kapitel 14:

BMFSFJ (2006): Charta der Rechte hilfe- und pflegebedürftiger Menschen. Bundesministerium für Gesundheit; Bonn.

Borker, S. (2002): Nahrungsverweigerung in der Pflege. Eine deskriptiv analytische Studie. Bern et al.

Bundesärztekammer (2008) Sterben in Würde. <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.6.5048>

Deutsche Gesellschaft für Ernährungsmedizin (2004): Leitlinie Enterale Ernährung der DGEM und DGG. Ethische und rechtliche Gesichtspunkte. *Aktuel Ernaehr Med*; 29: 226-230.

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.

Zieres G, Weibler U (2008): Essen ist Leben. Ein Praxisratgeber für die Ernährung älterer Menschen. Dienheim.

## 15. Urininkontinenz

M/Info		ja	nein	t.n.z.	E.
<b>15.1 Der Bewohner ist versorgt mit:</b>				<input type="checkbox"/>	
	<b>Beschreibung</b>				
a.	<input type="checkbox"/> Suprapubischem Katheter				
b.	<input type="checkbox"/> Transurethralem Katheter				
c.	<input checked="" type="checkbox"/> Inkontinenzprodukten	<input type="checkbox"/> offen		<input type="checkbox"/> geschlossen	
d.	<input type="checkbox"/> Hilfsmitteln				
e.	<input type="checkbox"/> Sonstigem				

Erläuterung zur Prüffrage 15.1: Keine.

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
<b>15.2</b>	<b>Bestehen Einschränkungen im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Von:				
	Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>		
	Einrichtung übernommen	<input type="checkbox"/>		

Erläuterung zur Prüffrage 15.2:

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 Bewohner darauf hindeuten, dass ein Selbstpflegedefizit im Bereich der Kontinenz bzw. bei der selbständigen Versorgung einer bestehenden Inkontinenz besteht.

Ist die Frage mit „ja“ zu beantworten, erfolgt eine Beantwortung der Fragen 15.3 und 15.4.

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 Stuhlguruch, 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 Kommunikationseinschränkungen), Isolation, ständiger Harndrang, Brennen beim Wasserlassen.

<small>M/T22/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>l.n.z.</small>	<small>E.</small>
<b>15.3</b>	<b>Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkatheter die individuellen Ressourcen und Risiken erfasst?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

***Ausfüllanleitung zu 15.3:***

*Bei der Informationssammlung bzw. der Pflegeanamnese sind die individuellen Ressourcen/Fähigkeiten und die Probleme der Bewohner mit Inkontinenz oder Blasenkathetern zu ermitteln und zu beschreiben.*

Erläuterung zur Prüffrage 15.3: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Der Erfassung von Ressourcen und Risiken von Bewohnern 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 Bewohner mit Inkontinenz oder Blasenkathetern 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 Heimeintritt 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. 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 Miktions, 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 willkürlicher Harnverlust. Keine personelle Hilfe notwendig. Keine Hilfsmittel.	
Unabhängig erreichte Kontinenz	Kein unwillkürlicher Harnverlust. Keine personelle Unterstützung notwendig. Selbständige Durchführung von Maßnahmen.	z. B. Patienten und Bewohner, 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. Patienten und Bewohner 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.

M/T23/B		ja	nein	l.n.z.	E.
15.4	Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasen katheter die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 15.4:**

Bei Bewohnern mit Inkontinenz sind durchzuführende geeignete Maßnahmen insbesondere

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

*Das Kriterium kann auch mit ja beantwortet werden, wenn das Pflegeheim den Arzt nachweislich darüber informiert hat, dass die Behandlung nicht dem aktuellen Stand des Wissens entspricht und der Arzt seine Anordnung nicht angepasst hat.*

Erläuterung zur Prüffrage 15.4:

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn die individuell erforderlichen Maßnahmen in der Pflegeplanung nachvollziehbar dokumentiert sind und die Durchführung erkennbar ist (siehe auch Ausfüllanleitung z.B. zu 13.9)

Fachlicher Hintergrund:

Das Ziel der Kontinenzförderung sollte sein, dass der pflegebedürftige Mensch durch pflegerische Interventionen Kontrolle über seine Ausscheidung behält oder wiedererlangt bzw. die Inkontinenz so kompensiert wird, dass der Bewohner keine zu starke Einschränkung in der Lebensqualität erfährt.

Insbesondere gilt es vorhandene Ressourcen zu stärken und zu nutzen, Ressourcen bzw. Ziele könnten sein:

- Der Betroffene ist sich seiner Inkontinenz bewusst und nennt die ursächlichen/beeinflussenden Faktoren.
- Der Betroffene führt ein auf die individuelle Situation abgestimmtes Blasentraining durch.
- Er zeigt Verhaltensweisen, Techniken, um die Inkontinenz zu kontrollieren und versucht Komplikationen zu vermeiden.
- Er nimmt die Inkontinenz an und kommt so mit ihr zurecht, dass seine soziale Integration bestehen bleiben kann.

Bei Personen mit Inkontinenz sind geeignete Maßnahmen durchzuführen, insbesondere:

- Information und Beratung von betroffenen Personen und ggf. Angehörigen zur individuellen Kontinenzhaltung, –förderung und ggf. Kompensation.
- Berufsgruppenübergreifende Zusammenarbeit z. B. mit Ärzten und Krankengymnasten
- Maßnahmenplanung unter Einbeziehung der Bewohner und ggf. Angehörigen.
- ein Kontinenztraining / Toilettentraining bzw. die individuelle Planung und Durchführung von Toilettengängen
- und ggf. nach ärztlicher Anordnung die Versorgung mit einem Blasenkatheter nach hygienischen Grundsätzen.
- der Einsatz geeigneter Inkontinenzprodukte, sofern dies im Ermessen der Einrichtung steht
- der Einsatz geeigneter Hilfsmittel (Toilettenerhöhung, Toilettensstuhl, Urinflasche etc.)
- Schaffung eines geeigneten Umfeldes / Orientierung und Räumlichkeit (Nähe zur Toilette, übersichtliche Beschilderung, Vermeidung von Hindernissen wie Türschwellen oder Teppichen, Anbringen von Halterungen im Bad)
- individueller Unterstützungsbedarf durch Pflegekräfte bei der Ausscheidung
- Bewegungsübungen / Gehtraining zur Erhaltung der Mobilität ggf. Einsatz von Protektoren um die Angst vor Stürzen zu minimieren.
- Besondere Sorgfalt hinsichtlich der Hygiene und Hautpflege zur Vermeidung von Infektionen der Haut und ableitenden Harnwege.
- Ausgewogene Ernährung mit ballaststoffreicher Kost und ausreichend Flüssigkeitszufuhr von mindestens 1500 bis 2000 ml sollte gewährleistet sein. Einschränkung der Flüssigkeitszufuhr 2-3 h vor dem Schlafen gehen und ggf. nach diagnosebezogener Indikation.
- Das Tragen von geeigneter Kleidung (vorzugsweise luftdurchlässig, Knöpfe und Reisverschluss lassen sich für den Bewohner leicht öffnen).
- Persönliche Gewohnheiten einbeziehen oder Ausscheidung durch Maßnahmen anregen (Lesen der Zeitung auf der Toilette, wohltemperiertes Bad, Hinsetzen oder Stehen, Geräusch von fließendem Wasser etc.)
- Pflegekräfte sind auf dem aktuellen Wissensstand.

Wenn eine Harnableitung über einen Katheter erfolgt, sollte der Pflegeeinrichtung die Indikation für die Katheteranlage bekannt sein. Die Indikationsstellung zur Anlage eines Blasenkatheters erfolgt durch den Arzt (ggf. urologischen Facharzt). Medizinische Indikationen für einen Katheter können insbesondere sein:

- Überlaufblase
- Neurologische Blasenentleerungsstörung mit Restharnbildung
- Flüssigkeitsbilanzierung
- Harnröhrenstriktur
- Harnröhrensteine
- Meatusstenose
- Obstruierende Tumoren z. B. Prostata- oder Blasenkarzinom.

In einigen Fällen kommt es vor, dass perioperativ ein Katheter gelegt wird, der postoperativ nicht entfernt wird, so dass der Bewohner mit einem liegenden Blasenkatheter aus dem Krankenhaus entlassen wird und nicht nachvollziehbar ist, ob weiterhin die Indikation für den liegenden Katheter gegeben ist. Insbesondere in solchen Fällen ist eine Klärung mit dem behandelnden Arzt erforderlich.

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 bei Verweildauer > 5 Tage)
- aseptische, sachkundige Technik und sterile Arbeitsmittel
- geschlossenes Harndrainagesystem
- Diurese > 2 l/Tag
- individualisierte Katheterwechselintervalle
- Entfernung des Katheters zum frühestmöglichen Zeitpunkt.

### **Literatur zu Kapitel 15:**

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.

Piechota HJ, Pannek J (2003): Katheterdrainage des Harntraktes, Stand der Technik und Perspektiven. Der Urologe, 8, 1060-1069.

Michaelis U (2004): ATL „Ausscheiden“, unter Mitarbeit von Gertraud Strauss. Menche N (Hrsg.): Pflege Heute, 286 – 293. München.

Norton Ch (1999): Praxishandbuch – Pflege bei Inkontinenz. München.

Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention am Robert Koch Institut (1999): Empfehlungen zur Prävention und Kontrolle Katheterassoziierter Harnwegsinfektionen. Bundesgesundheitsblatt 42, 806-809.

Van der Weide M (2001): Inkontinenz. Pflegediagnosen und Pflegeinterventionen. Bern et al.

## **16. Umgang mit Demenz**

Die Prüffragen in diesem Kapitel sind dem Qualitätsbereich „Umgang mit demenzkranken Bewohnern“ aus den Transparenzvereinbarungen entnommen und dementsprechend bei allen Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz zu erheben. Diese Festlegung der Partner der Selbstverwaltung mit dem Ziel der besseren Lesbarkeit und Verständlichkeit wurde an dieser Stelle unverändert übernommen. Es ist jedoch darauf hinzuweisen, dass die Ursachen einer eingeschränkten Alltagskompetenz im Sinne des § 45 a SGB XI nicht auf die Diagnose Demenz begrenzt werden können und somit in diesem Kapitel Bewohner mit unterschiedlichsten geistigen und psychischen Erkrankungen bzw. Behinderungen erfasst werden.

Diese Fragen sind bei allen Personen mit eingeschränkter Alltagskompetenz relevant. Informationen dazu ergeben sich aus der Frage 11.2h nach den Angaben der Pflegeeinrichtung. Es können aber auch andere aktuelle Hinweise auf eine eingeschränkte Alltagskompetenz nach § 45a SGB XI vorliegen, die eine Einbeziehung des Bewohners in dieses Kapitel erforderlich machen. In diesem Fall sind diese Hinweise im Freitext bei Frage 16.1 darzustellen.

M/Info		ja	nein
<b>16.1</b>	<b>Orientierung und Kommunikation</b>		
a.	sinnvolles Gespräch möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	nonverbale Kommunikation möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 16.1: Keine.

M/T36/B		ja	nein	t.n.z.	E.
<b>16.2</b>	<b>Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Heimbewohners beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 16.2:**

Das Kriterium ist erfüllt, wenn die individuelle Tagesgestaltung auf der Grundlage der Biographie des Bewohners erfolgt. Dazu können z. B. Weckrituale, die Berücksichtigung von Vorlieben bei den Mahlzeiten und Schlafgewohnheiten oder Maßnahmen zur sozialen Integration in die Einrichtung gehören.

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

Erläuterung zur Prüffrage 16.2: Keine.

**Fachlicher Hintergrund:**

Neben der Pflegeanamnese ist die Biographie die Basis für die Pflege und Begleitung von Menschen mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen. Dabei ist die Einbeziehung von Angehörigen als „Türöffner“ eine der wichtigsten Maßnahmen. Oft können nur Angehörige oder Freunde Hinweise auf Vorlieben, Abneigungen, Gewohnheiten, Hobbys, Bildung, Gefühlen und/oder angstausslösenden Situationen geben.

Gerontopsychiatrische Beeinträchtigungen werden erkannt und deren Ausmaß und Ausprägung ermittelt (z.B. Antriebsarmut, Aggressionen in bestimmten Situationen, Depressivität, erhöhtes Laufbedürfnis). Auf der Grundlage der Biographie wird eine individuelle Tagesgestaltung gewährleistet. Dazu können z.B. Weckrituale, die Berücksichtigung von Vorlieben bei den Mahlzeiten und von Schlafgewohnheiten, die soziale Integration, die Teilnahme an Gruppen oder sozialer Betreuung ggf. auch als individuelle Begleitung gehören. Geeignete Maßnahmen werden auf der Basis der Biografie und der Prinzipien der aktivierenden Pflege geplant, durchgeführt und dokumentiert (z.B. wird einem erhöhtem Bewegungsdrang entsprochen, adäquate Beschäftigungsmöglichkeiten wie z.B. Musizieren oder Gesang, individuelle Orientierungshilfen, Erinnerungsarbeit). 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 (den Fähigkeiten angemessene Aktivitäten, der 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.

M/T37/B		ja	nein	t.n.z.	E.
<b>16.3</b>	<b>Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 16.3:**

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei demenzkranken Bewohnern aus der Pflegedokumentation ersichtlich ist, dass Angehörige oder andere Bezugspersonen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen wurden.

Bei diesen Heimbewohnern können oftmals nur Angehörige oder Freunde Hinweise auf Vorlieben, Abneigungen, Gewohnheiten, Hobbys, Bildung usw. geben.

Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ (t.n.z.) zu beantworten, wenn keine Angehörigen oder andere Bezugspersonen erreichbar oder vorhanden sind bzw. die Einbeziehung ausdrücklich nicht gewünscht war.

Erläuterung zur Prüffrage 16.3: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Eine organisierte Kommunikation zwischen einer vollstationären Pflegeeinrichtung und Angehörigen von demenzkranken Bewohnern, die im Rahmen eines systematischen Zusammenwirkens entwickelt und gepflegt werden sollte, ist eine grundlegende Voraussetzung zur Einbindung Angehöriger in die gerontopsychiatrische Versorgung.

Angehörigenarbeit erfordert grundsätzlich ein interdisziplinäres Vorgehen, in das alle Berufsgruppen und Bereiche einer Institution miteinbezogen werden müssen. Das Alltagsleben in der Einrichtung wird vom Zusammenspiel aller an der Pflege, Betreuung und Versorgung beteiligten Professionen maßgeblich bestimmt. Deshalb ist die Vernetzung von Pflege, Hauswirtschaft, Verwaltung und sozialem Dienst unabdingbar, wobei alle Professionen eine gemeinsame Grundhaltung zur Angehörigenarbeit vertreten müssen. Der interdisziplinäre Charakter der Angehörigenarbeit ist auch im Rahmen des Qualitätsmanagements einer Einrichtung von großer Bedeutung. Angehörigenarbeit ist als „vorausschauende Beschwerdeprävention“ ein wesentlicher Teil des Beschwerdemanagements einer Einrichtung. Sie ist die Voraussetzung für ein konstruktives Verhältnis zwischen der Institution, ihren Beschäftigten und den Angehörigen und führt durch mehr Wissen und Transparenz insgesamt zu weniger streitbehafteten Auseinandersetzungen in der Einrichtung. 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 Heimaufnahme
- Regelmäßige Sprechstunden
- Informationsmaterial für Angehörige zu Heim und Krankheitsbild
- Info-Mappe im Wohnbereich
- Besucherzimmer (z.B. für Familienfeiern)
- Tag der offenen Tür
- Angehörigengruppen zum Erfahrungsaustausch
- Angehörigenseminare
- Angehörigenbeirat als freiwilliges Mitwirkungsgremium
- 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
- Heimzeitung
- Angehörige als Mitglieder des Heimbeirats.

Angehörige und Ehrenamtliche sind als wichtige Ressource im Heimalltag zu betrachten, die wesentlich zur Verbesserung der Lebensqualität der Bewohner in einer Pflegeeinrichtung beitragen können. Entscheidend ist dabei, dass unterschieden wird bei der Einbindung von Angehörigen in Teilschritte des Pflegeprozesses wie Pflegeanamnese, individueller Pflegeplan und Pflegevisite/Evaluation der Zielerreichung und ggf. Anpassung des individuellen Pflegeplans und der Einbeziehung von Ehrenamtlichen. Die Einbeziehung in den Pflegeprozess gilt ausdrücklich nur für die Angehörigen und ist nicht Bestandteil ehrenamtlicher Arbeit von „fremden“ nichtprofessionellen Bezugspersonen. Dieser individuellen/persönlichen Ebene steht die Einbeziehung der Angehörigen und Ehrenamtlichen zur Mitarbeit bei der Gestaltung des Lebensraumes Heim gegenüber, indem diese beispielsweise bei der Gestaltung von Festen oder des Heimalltags mitwirken (soziale Betreuung, Abläufe). Der systematische Einbezug von Angehörigen und Ehrenamtlichen 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.

M/T38/B		ja	nein	l.n.z.	E.
16.4	<b>Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 16.4:**

Bei der Pflegeplanung müssen die Bedürfnisse, die Biographie, die Potenziale und die Selbstbestimmung des Bewohners berücksichtigt werden. Sofern der Bewohner dazu selbst keine hinreichenden Auskünfte geben kann, sind nach Möglichkeit (vgl. auch Frage 16.3) Angehörige, Freunde oder ggf. der Betreuer darüber zu befragen.

Erläuterung zur Prüffrage 16.4:

Hinreichende Auskünfte umfassen auch Ergebnisse aus Beobachtungen des Bewohners.

Fachlicher Hintergrund:

Aufgrund der begrenzten kognitiven Fähigkeiten können Menschen mit Demenz nur eingeschränkt für sich selbst entscheiden. Auch können sie ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse nur bedingt äußern. Um so mehr gilt es, die Autonomie von Menschen mit Demenz zu respektieren. Diese findet ihren Ausdruck darin, dass der „non-verbale“ Ausdruck bzw. das Verhalten respektiert wird. Pflegenden müssen dem Bewohner Gelegenheiten anbieten, eigene Entscheidungen zu treffen und damit das Gefühl, als Person mit individuellen Bedürfnissen wahrgenommen und respektiert zu werden. Dazu gehört, dass die Willensäußerung des Betroffenen von den professionell Pflegenden respektiert und die Ablehnung pflegerischer Maßnahmen durch ihn akzeptiert werden. Für einen Menschen mit Demenz stellt dies häufig die einzige Möglichkeit selbstbestimmten Handelns dar. Die Missachtung des Rechts auf Selbstbestimmung bei einem Menschen mit Demenz führt zu einer Verstärkung der Rückzugstendenzen und einer damit verbundenen Passivität und Apathie. Die Wahrung der Selbstbestimmung fördert das Wohlergehen.

M/T44/B		ja	nein	l.n.z.	E.
16.5	<b>Werden dem Bewohner mit Demenz geeignete Angebote gemacht, z.B. zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 16.5:**

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei demenzkranken Bewohnern deren Bedürfnissen ansprechende Angebote wie z.B. Spaziergänge, Ausflüge, Bewegungsübungen, Singen, Vorlesen oder auch Besuche von Veranstaltungen außerhalb des Pflegeheims gemacht werden.

Erläuterung zur Prüffrage 16.5: Keine.

Fachlicher Hintergrund:

Menschen mit Demenzerkrankungen benötigen ein speziell auf ihre Bedürfnisse abgestimmtes Pflege- und Betreuungskonzept, in dem auch ein erhöhter Bedarf an Kommunikation, psychiatrischer Pflege und sozialer Betreuung Berücksichtigung findet

Die derzeitigen Forschungsergebnisse reichen nicht aus, um einzelne der beschriebenen Betreuungsansätze zu favorisieren. Die Vor- und Nachteile der einzelnen Betreuungsformen sind noch nicht ausreichend wissenschaftlich evaluiert. Die beschriebenen positiven Effekte sollten Pflegeeinrichtungen bestärken sich mit den Wohngruppenkonzepten auseinander zusetzen.

In den „Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenpflege“ hat sich die Expertengruppe für das „Normalisierungsprinzip“ ausgesprochen. Sie vertritt die Auffassung, „dass die sich zunehmend ausbildende Pluralität der Betreuungsansätze, im Spektrum von traditionell integrativer Heimversorgung über vollstationäre Wohngemeinschaften bis hin zu Segregationsmodellen in Pflegeheimen, vor dem Hintergrund der strukturellen Veränderungen der Bewohner sämtlich mögliche Lösungsvarianten darstellen, die einander nicht ausschließen, sondern sinnvoll ergänzen.“ (Forschungsbericht 007: Seite 39). Auch das KDA hat in seinen Veröffentlichungen die Normalität des Wohnens in den Vordergrund gestellt. Diese Normalität zeichnet sich aus durch Selbständigkeit, Privatheit, Vertrautheit, Geborgenheit und Eigenverantwortlichkeit.

In den letzten Jahren wurden unterschiedliche Betreuungskonzepte und Methoden entwickelt, die maßgeblich die Konzeptentwicklung der stationären Einrichtungen in der Betreuung von Menschen mit Demenz beeinflussen. Ausgehend von den Bedürfnissen, Fähigkeiten und Gewohnheiten der Betroffenen wird eine individuelle Pflege und Betreuung der Demenzkranken zur Erhaltung und Förderung ihrer Lebensqualität angestrebt. Die Anwendung aller Methoden/Konzepte setzt differenzierte Kenntnisse der Methoden, der Nebenwirkungen, Kontraindikationen und alternativer Interventionsformen voraus. Darüber hinaus müssen adäquate Rahmenbedingungen und eine entsprechende Arbeitsorganisation geschaffen werden, die eine Umsetzung in der Praxis möglich machen. Den vorgestellten Methoden liegt ein Pflegeverständnis zugrunde, das eine bedürfnisorientierte, umfassende und individuelle Pflege ermöglicht. Unerlässlich sind eine differenzierte Biographiearbeit, prozessbegleitende Assessments, Evaluation und Dokumentation. Die Auswahl der Angebote muss sich an den Bedürfnissen der Menschen mit Demenz und an deren Individualität orientieren. Es muss kontinuierlich überprüft werden, ob die Demenzkranken wirklich davon profitieren und ob die jeweilige Methode für den Betroffenen in einem bestimmten Krankheitsstadium mit den entsprechenden Symptomen (z.B. herausforderndem Verhalten) geeignet ist. Wirkung und Nutzen aller Methoden sind noch nicht hinreichend belegt. So ist bei der Betreuung von mehreren schwer demenzkranken Menschen in einem Raum – der so genannten Pflegeoase – eine Wirksamkeit dieser Betreuungsform ebenfalls noch nicht ausreichend erforscht. Die Fachwelt ist sich uneinig: „Während die einen nur im Einzelzimmer die Lebensqualität und Würde des Bewohners gewährleistet sehen, gehen andere davon aus, dass die Betroffenen darin Ängste und Einsamkeitsgefühle empfinden und sprechen sich daher für das Leben in Mehrbettzimmern aus.“ (KDA, PRO Alter 2007). Auch bei diesem Betreuungskonzept sind die Ergebnisse der Begleitforschung abzuwarten. Der umfassende Forschungsbericht zu einer Pilotstudie in Holle wurde im September 2008 publiziert. Auch bei den nachfolgend genannten Methoden und Konzepten besteht weiterhin ein erheblicher Forschungsbedarf zur Wirksamkeit, obwohl diese schon seit mehreren Jahren in der Praxis – durchaus mit Erfolg - angewandt werden:

- Milieuthherapie
- personenzentrierte Pflege nach Kitwood
- Realitätsorientierungstraining
- Reminiszenz-Therapie (REM)
- Erinnerungspflege
- Zehn-Minuten-Aktivierung
- Der therapeutische Tischbesuchsdienst (TTB)
- Validation
- mäeutischer Ansatz - die erlebnisorientierte Pflege
- Tiere im Heim
- Basale Stimulation
- Snoezelen
- Musik in der Pflege
- Humor in der Pflege.

Darüber hinaus sind landesspezifische Versorgungsverträge zu pflegfachlichen Schwerpunkten und diesbezügliche Rahmenkonzepte zu berücksichtigen.

		M/T39/B						
16.6	<b>Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?</b>	ja	nein	l.n.z.	E.			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

**Ausfüllanleitung zu 16.6:**

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn bei demenzkranken Bewohnern das Wohlbefinden der Bewohner im Pflegealltag ermittelt und bei der Durchführung der geplanten Maßnahmen der Pflege und Betreuung berücksichtigt wird.

Aussagen zum Wohlbefinden sowie sich daraus ggf. im Pflegealltag ergebende Änderungen bei der Durchführung der geplanten Maßnahmen der Pflege und Betreuung sind der Pflegedokumentation nachvollziehbar zu dokumentieren.

**Erläuterung zur Prüffrage 16.6:**

Eine regelmäßige und aussagekräftige Erfassung des Wohlbefindens des Bewohners muss erfolgen und in der Pflegedokumentation abgebildet sein. Das Wohlbefinden kann z.B. auf der Grundlage von Beobachtungen des Bewohners (z.B. Mimik, Körperhaltung, Verhalten, Muskeltonus, Lautäußerungen) erfasst werden. Daraus

resultierende Maßnahmen sind in der Pflegeplanung darzustellen. Aussagen, wie z. B. „der Bewohner fühlt sich wohl“ reichen nicht aus.

#### Fachlicher Hintergrund:

Ein mögliches Instrument bietet die Beobachtungsmethode Dementia Care Mapping (DCM), mit der durch kontinuierliche Beobachtung von Menschen mit Demenz Informationen u. a. zur Aktivität und zum Wohlbefinden gesammelt werden können.

Mithilfe dieser standardisierten Informationssammlung sowie Feedback-Informationen in das Pflgeteam kann der Alltag der betreuten Bewohner besser verstanden werden und Handlungsbasis für sinnvolle Verbesserungen sein.

Bei der kontinuierlichen Anwendung von DCM und unter der Voraussetzung, dass strukturierte Beobachtungs- und Betreuungsprozesse entstehen, kann die Pflege- und Beziehungsqualität schrittweise verbessert werden, mit der Zielsetzung, dass u.a. das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz gesteigert werden kann. Ergebnisse einer umfangreichen Untersuchung bestätigen Wirksamkeit und Potenziale der Beobachtungsmethode DCM.

Bei der Nutzung des Instruments DCM fließen die Auswertungen der dazu kodierten Daten in die Pflegedokumentation ein und können als Grundlage individuell angepasster Maßnahmen zum sachgerechten Umgang mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen der Bewohner genutzt werden. Dazu gehören auch fördernde Rahmenbedingungen wie z. B. Schulungen der Mitarbeiter, Supervision, Maßnahmen zur Milieuverbesserung.

Als weniger aufwendig im Verfahren wird in der Literatur die Skala der Bradford Dementia Group beschrieben, die allerdings im Vergleich zu DCM einen geringeren Differenzierungsgrad aufweist.

#### **Literatur zu Kapitel 16:**

Behörde für Soziales und Familie Hamburg (2000): Besondere stationäre Dementenbetreuung in Hamburg. Hamburg.

Böhm E (2009): Verwirrt nicht die Verwirrten. Bonn.

Böhmer M (2000): Erfahrungen sexualisierter Gewalt in der Lebensgeschichte alter Frauen. Ansätze für eine frauenorientierte Altenarbeit. Frankfurt am Main.

Coestner F (2004): Qualitätsmessinstrumente in der Betreuung und Pflege von Menschen mit Demenz; Reihe thema; Band 193; Köln.

Fuchs-Frohnhofen P (2008): Integrierte gute Arbeit und gute Pflege, Ergebnisse und Perspektiven eines Modellprojekts, 202-207. O.O.

Gregor B (2004): Wohlbefinden messen. Altenheim, 3,14-18.

Hirt R (2003): Biografiearbeit 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. 2005 <http://www.demenz-service-nrw.de/>

Maciejewski B et al. (2001): Qualitätshandbuch Leben mit Demenz, Köln.

BMG (Hrsg.) (2006): Rahmenempfehlungen zum Umgang mit herausforderndem Verhalten bei Menschen mit Demenz in der stationären Altenhilfe. Berlin.

Remmers H (2006): Zur Bedeutung biographischer Ansätze in der Pflegewissenschaft. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie, 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. <http://www.dcm-deutschland.de>.

Rutenkröger A und Kuhn Ch (2008): Evaluationsstudie zur Pflegeoase im Seniorenzentrum Holle: „Im Blick haben“, Demenz Support Stuttgart, Zentrum für Informationstransfer.

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.

## 17. Körperpflege

M/Info	
<b>17.1 Haare, Fuß- und Fingernägel, Haut</b>	
	<b>Beschreibung</b>
a. <input type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b. <input type="checkbox"/> Besonderheiten	(Haare, Fuß-/Fingernägel, Zehenzwischenräume, Hautfalten, Bauchnabel)

Erläuterung zur Prüffrage 17.1: Keine.

M/T31/B			
<b>17.2 Wird die erforderliche Körperpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?</b>	ja <input type="checkbox"/>	nein <input type="checkbox"/>	t.n.z. <input type="checkbox"/>
			E. <input type="checkbox"/>

### Ausfüllanleitung zu 17.2:

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

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn in der Pflegedokumentation die auf die Maßnahmen der Körperpflege bezogenen Bedürfnisse und Gewohnheiten des Bewohners nachvollziehbar dokumentiert und bei der Umsetzung berücksichtigt sind.

### Erläuterung zur Prüffrage 17.2:

Dies bedeutet:

- hygienisch erforderliche Maßnahmen (z.B. ausreichende Körperpflege bei Inkontinenz) werden unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Gewohnheiten des Bewohners durchgeführt, und es sind keine hygienischen Defizite erkennbar
- geplante Maßnahmen werden laut Durchführungsnachweis erkennbar erbracht,
- Abweichungen von geplanten Maßnahmen werden dokumentiert und begründet.

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

### Fachlicher Hintergrund:

Die Notwendigkeit einer täglichen nahezu vollständigen Körperwaschung ist für einen Großteil der Bewohner 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 Bewohners sowie an seinem Aktivierungspotenzial zu orientieren. In diesem Sinn muss bei der Maßnahmenplanung eine Abwägung zwischen den Wünschen des Bewohners und den hygienisch notwendigen Maßnahmen erfolgen.

M/Info	
<b>17.3 Mundzustand/Zähne</b>	
	<b>Beschreibung</b>
a. <input type="checkbox"/> normal	(Beschreibung nicht erforderlich)
b. <input type="checkbox"/> Schleimhaut trocken	
c. <input type="checkbox"/> borkige Beläge	
d. <input type="checkbox"/> Schleimhautdefekte	
e. <input type="checkbox"/> Lippen trocken	
f. <input type="checkbox"/> Lippen Hautdefekte	
g. <input type="checkbox"/> Gebiss-/Zahnprothese intakt	
h. <input type="checkbox"/> Sonstiges	

Erläuterung zur Prüffrage 17.3: Keine.

M/T32/B		ja	nein	l.n.z.	E.
<b>17.4 Wird die erforderliche Mund- und Zahnpflege den Bedürfnissen und Gewohnheiten des Bewohners entsprechend durchgeführt?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 17.4:**

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

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn in der Pflegedokumentation die auf die Maßnahmen der Mund- und Zahnpflege bezogenen Bedürfnisse und Gewohnheiten des Bewohners nachvollziehbar dokumentiert und bei der Umsetzung berücksichtigt sind.

Erläuterung zur Prüffrage 17.4:

Die Frage ist mit „Ja“ zu beantworten, wenn Mund- und Zahnpflegemaßnahmen (Zähnebürsten, Prothesenreinigung, Mund- und Lippenpflege) nach Bedarf regelmäßig und nachvollziehbar durchgeführt werden.

Die Frage ist mit „l.n.z.“ zu beantworten, wenn der Bewohner Zahn- und Mundpflege nachweislich selbständig durchführen kann.

Fachlicher Hintergrund:

Bei Menschen, die in ihrer Selbstpflegefähigkeit eingeschränkt sind, treten häufig Veränderungen der Mundhöhle auf. Risiken zu Mundveränderungen bestehen u.a. bei Bewohnern mit Kau- und Schluckstörungen, kontinuierlicher Sauerstoffzufuhr, überwiegender Mundatmung, reduziertem Ernährungszustand und Dehydratation sowie bei der regelmäßigen Einnahme von Medikamenten, die den Speichelfluss reduzieren (z.B. Antidepressiva, Antihypertonika) oder die die Mundflora beeinflussen (Antibiotika, Kortikoide).

Die Fähigkeit zur selbständigen Durchführung der Mundhygiene sollte daher in der Langzeitpflege überprüft werden. Eine einfache Möglichkeit besteht u.a. darin, den Bewohner zu bitten, einen Finger der Pflegekraft fest zu umfassen. Aus der damit eingeschätzten Handkraft des Bewohners kann auf die vorhandene Kraft zum Fassen einer Zahnbürste geschlossen werden.

Um eine feuchte Mundschleimhaut zu unterstützen bzw. zu erhalten, sollten häufig (ggf. stündlich) und regelmäßig kleine Mengen Früchte- oder Kräutertees oder Mineralwasser zum Trinken angeboten werden. Zu den Mahlzeiten sollten immer auch Getränke gereicht werden. Getränke sollten stets sichtbar und erreichbar platziert sein, um den Bewohnern bei vorhandenen Fähigkeiten die Möglichkeit zur selbständigen Flüssigkeitsaufnahme zu bieten. Soweit möglich sollte die Nahrung so gewählt werden, dass durch sie Kauanreize gegeben werden (zartes

Gemüse, Salzkartoffeln, weiches Obst, Hackfleisch). Zu beachten ist, dass saure Speisen den Speichelfluss fördern, während süße Speisen zu zähem Speichel führen.

Bei der Mundpflege sollte auf Veränderungen der Schleimhäute und des Zahnfleisches geachtet werden (z.B. Blutungen, Schwellungen, Druckstellen, Verfärbungen, Mundtrockenheit, Beläge). Ggf. (z.B. bei durch Zahnprothesen verursachte Druckstellen) ist der Zahnarzt zu informieren.

Zum Zähneputzen sollten Handzahnbürsten mit gut in der Hand liegenden Griffen, mit eher kleinen, abgerundeten Bürstenköpfen und weichen oder mittleren abgerundeten Borstenenden verwendet werden. Elektrische Zahnbürsten sind besonders geeignet für Bewohner mit körperlichen und gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen. Zur Reinigung breiterer Zahnzwischenräume bieten sich spiralförmige Bürstchen an.

Zahnprothesen müssen gereinigt werden. Nach jeder Mahlzeit sollten Speisereste mit einer Prothesenbürste entfernt und unter fließendem Wasser abgespült werden. Einmal täglich sollten die Innen- und Außenseiten der Prothesen mit einer Prothesenbürste gründlich gereinigt werden. Reinigungstabletten ersetzen nicht die mechanische Säuberung der Zahnprothese, sondern sollten mehrfach wöchentlich ergänzend zur mechanischen Reinigung eingesetzt werden. Zahnprothesen sollten nachts heraus genommen und nach der Reinigung in klarem Wasser aufbewahrt werden. Zur Vermeidung von Kiefferformungen sollten Zahnprothesen regelmäßig eingesetzt werden.

Um die Compliance für die Mund- und Zahnpflege zu erhöhen, sollten die Maßnahmen – sofern sie nicht am Waschbecken durchgeführt werden können – in Oberkörperhochlage durchgeführt werden.

Bewohner sollten nach Möglichkeit selbständig ihre Zähne nach jeder Mahlzeit, mindestens aber einmal pro Tag bürsten. Ist dies nicht möglich, sollte der Bewohner beim Zähnebürsten unterstützt werden oder das Zähnebürsten muss von den Pflegekräften angeboten werden.

Ist das Zähnebürsten nicht möglich, sollten Zähne, Zahnfleisch und Schleimhäute mit angefeuchteten Gazetupfern (mindestens zwei Mal pro Tag, bei Bedarf öfter) gereinigt werden. Ggf. können geeignete Produkte für die Reinigung benutzt werden. Anschließend sollten die Lippen gefettet werden (z.B. Panthenol).

Diese Mundhygienemaßnahmen sind auch bei Bewohnern mit Ernährungssonden durchzuführen.

#### **Literatur zu Kapitel 17:**

Bundeszahnärztekammer (2002): Handbuch der Mundhygiene. Bonn, Berlin.

Gottschalck T, Dassen T, Zimmer S (2003): Assessment-Instrumente zur pflegerischen Beurteilung des Mundes. Pflege, 16, 273-282.

Gottschalck T, Dassen T, Zimmer S (2004): Empfehlungen für eine Evidenz-basierte Mundpflege bei Patienten in Gesundheits- und Pflegeeinrichtungen. Pflege, 17, 78-91.

Gottschalck T (2004): Pflegeziel Mundgesundheit. Mundhygienische Maßnahmen auf dem wissenschaftlichen Prüfstand. Die Schwester Der Pfleger, 04, 344-349.

Gottschalck T, Dassen T, Zimmer S (2003): Untersuchung einiger häufig gebrauchter Mittel, Instrumente und Methoden zur Mundpflege hinsichtlich einer evidenz-basierten Anwendung. Pflege, 16, 91-102.

## 18. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

<small>M/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
<b>18.1</b>	<b>Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Erläuterung zur Prüffrage 18.1:

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

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

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

<small>M/T29/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>Unz.</small>	<small>E.</small>
<b>18.2</b>	<b>Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### Ausfüllanleitung zu 18.2:

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

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

Erläuterung zur Prüffrage 18.2: Keine.

### Fachlicher Hintergrund:

Beispiele für freiheitsentziehende Maßnahmen sind:

1. Fixieren der Bewohner 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 Bewohners
  - Absperrern des Wohnbereichs oder des Zimmers
  - Verriegelung der dem Bewohner bekannten und benutzbaren Ausgänge
  - komplizierte Schließmechanismen an Türen
  - hoch angebrachte Türgriffe
  - Drehknäufe
  - gesicherte Aufzüge.
3. Verabreichung von sedierenden Medikamenten (Schlafmittel oder Psychopharmaka)
  - um Bewohner an der Fortbewegung im Heim oder am Verlassen des Heimes zu hindern
  - um die Pflege zu erleichtern
  - um Ruhe auf den Wohnbereichen oder im Heim herzustellen.
4. Sonstige Vorkehrungen
  - Zurückhalten des Bewohners am Hauseingang durch Personal
  - 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 Bewohnern**

Eine freiheitsentziehende Maßnahme kommt nur in Betracht, wenn der Bewohner noch zu willkürlichen Fortbewegungen in der Lage ist. Bei einem vollständig bewegungsunfähigen Bewohner 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 Bewohners zu einer freiheitsentziehenden Maßnahme**

Eine freiheitsentziehende Maßnahme ohne vormundschaftsgerichtliche Genehmigung ist nicht widerrechtlich, wenn der Bewohner in die Maßnahme wirksam eingewilligt hat. Ein Bewohner 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 des Bewohners an. Der Bewohner muss die Bedeutung und Tragweite seiner Entscheidung erkennen können. Die Einwilligung bezieht sich jeweils auf die konkrete Situation. Der Bewohner kann die Einwilligung jederzeit widerrufen. Verliert der Bewohner infolge einer Erkrankung die natürliche Einsichtsfähigkeit, ist auch seine vorher gegebene Einwilligung nicht mehr wirksam. Die wirksame Einwilligung des Bewohners 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 Bewohner 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 Bewohnern können regelmäßige und dauerhafte freiheitsentziehende Maßnahmen nur durch einen Beschluss des zuständigen Vormundschaftsgerichtes legitimiert werden. Der Betreuer des betreffenden Bewohners 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.

<small>M/T30/B</small>				
<b>18.3 Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?</b>	<small>ja</small> <input type="checkbox"/>	<small>nein</small> <input type="checkbox"/>	<small>l.n.z.</small> <input type="checkbox"/>	<small>E.</small> <input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 18.3:**

Die Notwendigkeit freiheitseinschränkender Maßnahmen ist regelmäßig zu überprüfen (auch im Hinblick auf Alternativen) und zu dokumentieren. Das Überprüfungsintervall ist abhängig vom Krankheitsbild und vom Pflegezustand des Bewohners.

Erläuterung zur Prüffrage 18.3: Keine.

**Fachlicher Hintergrund:**

Bei der Überprüfung der Notwendigkeit sind folgende Aspekte zu berücksichtigen:

- Gesetzliche Betreuer sind frühzeitig, d.h. schon bei der Anamnese mit einzubeziehen
- die Ursachen für das selbstgefährdende Verhalten sind zu eruieren
- die Alternativen sind nachvollziehbar anzuwenden/zu versuchen
- die Maßnahme mit dem (auch im Hinblick auf den zeitlichen Umfang) geringstmöglichen Eingriff in die Freiheit ist zu wählen.

Freiheitsentziehende Interventionen sollten keinesfalls zum Zweck der Sturzprävention eingesetzt werden – oberster Grundsatz ist hier die Erhaltung und Förderung der sicheren Mobilität. Mögliche Alternativen zur Durchführung von freiheitsentziehenden Maßnahmen sollten geprüft werden. Mögliche Alternativen sind z.B.:

- Aus anamnestischen Angaben des Bewohners oder seiner Angehörigen wird die zunächst nicht erkennbare Intention der Fehlhandlung deutlich und sie kann dann durch persönliche Zuwendung vermieden werden.
- Erkennen der Beweggründe für die Fehlhandlung des Bewohners, ggf. kann hier durch persönliche Zuwendung ebenfalls eine Umstimmung erreicht werden.
- Anbieten von Handlungsalternativen, z.B. begleitete Spaziergänge, hauswirtschaftliche Beschäftigungen, soziale Betreuung oder tagesstrukturierende Maßnahmen.

Vom Vormundschaftsgericht gesetzte Fristen für die Dauer von freiheitsentziehenden Maßnahmen müssen beachtet werden. Ggf. erforderlich werdende Verlängerungsanträge müssen mit dem Betreuer und dem Vormundschaftsgericht abgesprochen werden. Auch bei vorliegender richterlicher Genehmigung muss stets die Erforderlichkeit der Maßnahmen hinterfragt werden.

<small>M/T33/B</small>			
<b>18.4 Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?</b>	<small>ja</small> <input type="checkbox"/>	<small>nein</small> <input type="checkbox"/>	<small>E.</small> <input type="checkbox"/>

**Ausfüllanleitung zu 18.4:**

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn der Bewohner während des Dienstes (Frühdienst, Spätdienst, Nachtdienst) von einem überschaubaren Pflegeteam über einen längeren Zeitraum (mehrere Tage) versorgt wird.

Erläuterung zur Prüffrage 18.4: Keine.

<small>M/B</small>			
<b>18.5 Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?</b>	<small>ja</small> <input type="checkbox"/>	<small>nein</small> <input type="checkbox"/>	<small>E.</small> <input type="checkbox"/>

**Erläuterung zur Prüffrage 18.5:**

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 01. 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 01. 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 01. August 2003 begonnenen dreijährigen Altenpflegeausbildungen kann davon ausgegangen werden, dass die formale Qualifikation für die Mitwirkung an medizinischer Diagnostik und Therapie (Behandlungspflege) vorliegt. Für vor dem 01. 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 01. 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 01. August 2003 nach der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung 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 01. 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." (§ 20 Abs. 3 Satz 3 Rahmenvertragsempfehlung nach § 75 Abs. 5 SGB XI teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege sowie § 21 Abs. 3 Satz 3 vollstationäre 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.

<small>MB</small>	<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>l.n.z.</small>	<small>E.</small>
<b>18.6 Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterung zur Prüffrage 18.6: Keine.

#### **Literatur zu Kapitel 18:**

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 am Main.

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, Vorgestellt 72, Köln.

Michelchen G (2008): Intimität in der Altenpflege. Essen.

Stadt München, Heimaufsicht Oberbayern, MDK Bayern (2001): Zum Umgang mit freiheitsentziehenden Maßnahmen. Empfehlungen für Pflegefachkräfte. München.

## **19. Sonstiges**

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

Vorabversion

## **Prüfanleitung zum Erhebungsbogen zur Befragung der Bewohner**

### **20. Befragung der Bewohner**

#### **Befragungsinstruktion für die stationäre Pflege**

Bei Zufriedenheitsbefragungen besteht stets die Gefahr, dass die befragten Personen nicht ihrem tatsächlichen Zufriedenheitsurteil Ausdruck verleihen, sondern vielmehr so antworten, wie es entweder für sie selbst oder für die 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 Bewohner bzw. Pflegebedürftigen ist es daher von großer Bedeutung, dass den Befragten vorab versichert wird, dass die im Rahmen der Prüfung erhobenen persönlichen Zufriedenheitsurteile streng anonym verwendet werden und dass es darüber hinaus für die beabsichtigten Zwecke sinnvoll ist, die eigenen Zufriedenheitsaussagen nicht zu beschönigen. Die Prüfer des MDK sollen die Befragung der Bewohner bzw. Pflegebedürftigen daher orientiert an den folgenden Befragungsinstruktionen einleiten:

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

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



<small>M/T74/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
20.9	Fragen die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T75/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
20.10	Schmeckt Ihnen das Essen i.d.R.?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T71/B</small>		ja			nein	t.n.z.	k.A.
20.11	Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T76/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
20.12	Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T77/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
20.13	Bekommen Sie Ihrer Meinung nach jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T78/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
20.14	Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T79/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
20.15	Wird Ihnen die Teilnahme an Beschäftigungsangeboten ermöglicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T80/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
20.16	Werden Ihnen Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T81/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
20.17	Können Sie jederzeit Besuch empfangen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T70/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie		k.A.
20.18	Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<small>M/T82/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
20.19	Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T69/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t.n.z.	k.A.
20.20	Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben? (Achtung Antwortkategorien verändert)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### Literatur zu Kapitel 20:

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.