



**Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes
für die Qualitätsprüfung in Pflegeeinrichtungen
nach § 114 SGB XI**

Vollstationäre Pflege



IMPRESSUM

Herausgeber:

Medizinischer Dienst des Spitzenverbandes Bund
der Krankenkassen e.V. (MDS)
Theodor-Althoff-Straße 47
45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
Telefax: 0201 8327-100
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: www.mds-ev.de

GKV-Spitzenverband
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Reinhardtstraße 28
10117 Berlin
Telefon: 030 206288-0
Telefax: 030 206288-88
E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de

Titelbilder:

MDS

Umschlaggestaltung & Satz:
BestPage Kommunikation RheinRuhr KG
45478 Mülheim an der Ruhr

Druck:
Koffler DruckManagement GmbH
44379 Dortmund

VORWORT

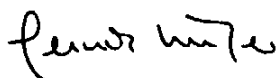
Liebe Leserinnen und Leser,

die vorliegenden Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die vollstationäre Pflege (QPR vollstationär) hat der GKV-Spitzenverband unter Beteiligung des MDS und des PKV-Prüfdienstes beschlossen. Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe pflegebedürftiger und behinderter Menschen haben beratend mitgewirkt. Die QPR für die vollstationäre Pflege wurden vom Bundesministerium für Gesundheit genehmigt und treten am 1. November 2019 in Kraft. Die Richtlinien sind für den MDK und für den PKV-Prüfdienst verbindlich.

Mit dem zweiten Pflegestärkungsgesetz wurde die gesamte Qualitätssicherung im Rahmen der Pflegeversicherung neu geordnet. Im Auftrag des Qualitätsausschusses Pflege wurde ein Forschungsauftrag zur wissenschaftlichen Entwicklung von Instrumenten zur Qualitätsprüfung und -darstellung für die vollstationäre Pflege vergeben. Die daraus resultierenden Ergebnisse sind die Grundlage für die Ausgestaltung des neuen Systems der Qualitätssicherung in der vollstationären Pflege. Es sieht die Erhebung von Indikatordaten durch die Pflegeeinrichtungen, eine Qualitätsprüfung durch den MDK bzw. PKV-Prüfdienst sowie die Veröffentlichung von Indikatordaten, Prüfergebnissen und Einrichtungsangaben zur Struktur der Pflegeeinrichtung vor.

Auf der Grundlage der Forschungsergebnisse wurden die QPR vollstationär neu erstellt. In die Qualitätsprüfungen werden die Indikatoren einbezogen, die Qualitätsprüfungen gehen aber darüber hinaus auf wichtige versorgungsrelevante Themen ein. Mit dem neuen Prüfansatz wird ein umfassendes Spektrum der Qualität der Pflege und Betreuung abgebildet. Mobilität und Selbstversorgung, krankheits- und therapiebedingte Anforderungen, aber auch die Gestaltung des Alltagslebens und sozialer Kontakte fließen in die Qualitätsprüfung mit ein. Weitere Bereiche sind besondere Bedarfs- und Versorgungssituationen sowie bedarfsübergreifende Anforderungen. Von den 24 zu bewertenden Qualitätsaspekten beziehen sich 21 auf die personenbezogene Versorgungsqualität. Im Gegensatz zum bisherigen Prüfansatz treten Qualitätsaspekte zur Strukturqualität in den Hintergrund. Mit der neuen Systematik zur Bewertung der bewohnerbezogenen Versorgungsqualität wird die Qualität passgenauer bewertbar. Die Bewertung ist ergebnisorientiert und berücksichtigt das, was für eine gute Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner relevant ist. Hiervon erhoffen wir uns auch eine verbesserte Information der Verbraucherinnen und Verbraucher über die Qualität in den Pflegeheimen.

GKV-Spitzenverband und MDS begrüßen die Neuausrichtung der Qualitätssicherung in stationären Pflegeeinrichtungen ausdrücklich und begleiten weiterhin aktiv die Entwicklungen der stationären Qualitätsprüfungen und einer aussagekräftigen Qualitätsdarstellung. Wir danken allen Beteiligten für die engagierte Zusammenarbeit.



Gernot Kiefer
Vorstand des GKV-Spitzenverbandes



Dr. Peter Pick
Geschäftsführer des MDS



QUALITÄTSPRÜFUNGS-RICHTLINIEN FÜR DIE VOLLSTATIONÄRE PFLEGE (QPR vollstationär)

Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes¹ über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflege

vom 17. Dezember 2018²

Der GKV-Spitzenverband hat gemäß § 114a Absatz 7 SGB XI unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen und des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. zur verfahrensrechtlichen Konkretisierung die Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflege einschließlich der Kurzzeitpflege (QPR vollstationär) am 17. Dezember 2018 beschlossen.

Anlagen

- 1 Prüfbogen A: Beurteilung der personenbezogenen Versorgung
- 2 Prüfbogen B: Beurteilung auf der Einrichtungsebene
- 3 Prüfbogen C: Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle
- 4 Erläuterungen zu den Prüfbögen
- 5 Qualitätsbewertung der Qualitätsprüfung
- 6 Bewertung von Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle
- 7 Strukturierungshilfe zur Durchführung des Teamgespräches
- 8 Strukturierungshilfe zur Durchführung des Abschlussgespräches
- 9 Struktur und Inhalte des Prüfberichtes für die vollstationäre Pflege

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

² Das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) hat diese Richtlinien mit Schreiben vom 21. Februar 2019 genehmigt.

INHALT

Präambel	7
1 Ziel der Richtlinien	8
2 Geltungsbereich	8
3 Prüfauftrag 4	8
4 Der Prüfung vorausgehende Prozesse	9
5 Prüfverständnis und Zugang zur Pflegeeinrichtung	10
6 Eignung der Prüferinnen und Prüfer	10
7 Inhalt und Umfang der Qualitätsprüfung	11
8 Ablauf des Einrichtungsbesuchs	12
8.1 Erfassung administrativer Angaben zur versorgten Person	13
8.2 Beurteilung der Qualitätsaspekte bei der einzelnen versorgten Person (Qualitätsbereiche 1 bis 4)	13
8.3 Beurteilung bedarfsübergreifender Qualitätsaspekte (Qualitätsbereich 5)	14
8.4 Bewertung einrichtungsbezogener Merkmale (Qualitätsbereich 6)	14
8.5 Zusammenführung der Feststellungen (Teamgespräch)	15
8.6 Abschlussgespräch	15
9 Stichprobe bei vollstationären Pflegeeinrichtungen	16
9.1 Ziehung einer Teilstichprobe für die Regelprüfung durch die Datenauswertungsstelle	17
9.2 Ziehung einer Teilstichprobe für die Regelprüfung durch die Prüfinstitution	18
9.3 Ziehen einer Stichprobe für die Regelprüfung in Einrichtungen ohne Ergebniserfassung	18
9.4 Abweichungen bei Anlass- und Wiederholungsprüfungen	19
10 Anpassung des Stichprobenverfahrens bei solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen	19
11 Informationsgrundlagen für die Qualitätsbewertung	20
12 Plausibilitätskontrolle der Ergebniserfassung	21
13 Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden	22
14 Prüfbericht	24
15 Inkrafttreten der Richtlinien	24

Anlage 1 zur QPR vollstationär:

Prüfbogen A zur **Beurteilung der personenbezogenen Versorgung** zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI 25

Anlage 2 zur QPR vollstationär:

Prüfbogen B zur **Beurteilung auf Einrichtungsebene** zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI 61

Anlage 3 zur QPR vollstationär:

Prüfbogen C **Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle** zur Beurteilung der personenbezogenen Versorgung zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI 92

Anlage 4 zur QPR vollstationär:

Erläuterungen zu den Prüfbögen A „Beurteilung der personenbezogenen Versorgung“ und B „Beurteilung auf der Einrichtungsebene“ zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI 96

Anlage 5 zur QPR vollstationär:

Qualitätsbewertung zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI 119

Anlage 6 zur QPR vollstationär:

Bewertung von Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI 124

Anlage 7 zur QPR vollstationär:

Strukturierungshilfe zur Durchführung des Teamgespräches zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI 135

Anlage 8 zur QPR vollstationär:

Strukturierungshilfe zur Durchführung des Abschlussgespräches zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI 138

Anlage 9 zur QPR vollstationär:

Struktur und Inhalte des Prüfberichtes zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI 140

QPR – VOLLSTATIONÄRE PFLEGE

Präambel

Der GKV-Spitzenverband beschließt unter Beteiligung des Medizinischen Dienstes des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen (MDS) sowie des Prüfdienstes des Verbandes der Privaten Krankenversicherung e. V. (PKV-Prüfdienst) nach § 114a Absatz 7 SGB XI (Regelungen des Zweiten Pflegestärkungsgesetzes) die vorliegenden Richtlinien über die Durchführung der Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI für die vollstationäre Pflege (Qualitätsprüfungs-Richtlinien für die vollstationäre Pflege – QPR vollstationär).

Mit diesen Richtlinien wird die Durchführung der Qualitätsprüfung im vollstationären Bereich in verfahrensrechtlicher Hinsicht konkretisiert. Grundlage hierfür sind die Ergebnisse des von den Vertragsparteien nach § 113 SGB XI vergebenen Projektes „Entwicklung der Verfahren und Instrumente für die Qualitätsprüfung und Darstellung in der stationären Pflege“.

Die auf Bundesebene maßgeblichen Organisationen für die Wahrnehmung der Interessen und der Selbsthilfe der pflegebedürftigen und behinderten Menschen haben nach Maßgabe von § 118 SGB XI an der Erstellung der vorliegenden QPR beratend mitgewirkt. Der GKV-Spitzenverband hat die Vereinigungen der Träger der Pflegeeinrichtungen auf Bundesebene, die Verbände der Pflegeberufe auf Bundesebene, den Verband der Privaten Krankenversicherung e. V. sowie die Bundesarbeitsgemeinschaft der überörtlichen Träger der Sozialhilfe und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene beteiligt. Ihnen wurde unter Übermittlung der hierfür erforderlichen Informationen innerhalb einer angemessenen Frist vor der Beschlussfassung Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben; die Stellungnahmen wurden in die Entscheidung einbezogen. Die vorliegenden Richtlinien bedürfen der Genehmigung des Bundesministeriums für Gesundheit.

1 Ziel der Richtlinien

- (1) Diese Richtlinien bilden die verbindliche Grundlage für die Prüfung der Qualität in vollstationären Pflegeeinrichtungen einschließlich sogenannter eingestreuter Kurzzeitpflegeplätze sowie in Einrichtungen der solitären Kurzzeitpflege³ nach einheitlichen Kriterien.
- (2) Ziel dieser Richtlinien ist es, auf der Grundlage der Ergebnisse des nach § 113b SGB XI durchgeführten Projektes „Entwicklung der Verfahren und Instrumente für die Qualitätsprüfung und Darstellung in der stationären Pflege“ die Prüfung der Qualität der Pflege und Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen weiter zu verbessern und zu sichern.

2 Geltungsbereich

- (1) Diese Richtlinien sind für den MDK, den Sozialmedizinischen Dienst der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See (SMD) und den PKV-Prüfdienst nach § 114a Absatz 7 SGB XI sowie für die von den Landesverbänden der Pflegekassen nach § 114a Absatz 1 SGB XI bestellten Sachverständigen (Prüfinstitutionen) verbindlich.
- (2) Für die Prüfung von Leistungen der Häuslichen Krankenpflege (HKP) gelten die nachstehenden Regelungen entsprechend.
- (3) Das diesen Richtlinien zugrunde gelegte Prüfinstrumentarium ist auf Einrichtungen der vollstationären Langzeitpflege zugeschnitten. Sofern Kurzzeitpflegegäste in die Stichprobe nach Ziffer 9 einbezogen werden, ist die Prüfung bei diesen Personen nach den gleichen Maßgaben durchzuführen wie bei den langzeitversorgten Personen⁴. Das Prüfinstrumentarium gilt auch für solitäre Kurzzeitpflegeeinrichtungen; Besonderheiten der Kurzzeitpflege werden entsprechend berücksichtigt. Diese Richtlinien gelten nicht für die Prüfung von teilstationären Pflegeeinrichtungen.

3 Prüfauftrag

- (1) Die Landesverbände der Pflegekassen beauftragen den MDK und im Umfang von zehn Prozent der in einem Jahr anfallenden Prüfaufträge den PKV-Prüfdienst oder die von ihnen bestellten Sachverständigen mit den Prüfungen nach § 114 Absatz 1 SGB XI, die als Regelprüfung, Anlassprüfung oder Wiederholungsprüfung durchzuführen sind. Die Landesverbände der Pflegekassen entscheiden über die Prüfungsart und erteilen der Prüfinstitution die Prüfaufträge schriftlich. Vor der Erteilung eines Prüfauftrages zur Durchführung einer Anlassprüfung sind Beschwerden und Hinweise zunächst durch die Landesverbände der Pflegekassen auf ihre Stichhaltigkeit zu prüfen.
- (2) Ergeben sich bei Regel- oder Wiederholungsprüfungen konkrete und begründete Anhaltspunkte (z. B. Beschwerden, Hinweise) für eine nicht fachgerechte Pflege, erfolgt die Prüfung als Anlassprüfung, sofern die Prüfinstitution die Gründe hierfür gegenüber den Landesver-

³ In den Richtlinien wird in der Regel der Begriff „vollstationäre Pflege“ verwendet. Dieser Begriff umfasst auch die Kurzzeitpflege. Wo erforderlich, finden sich gesonderte Regelungen für die Kurzzeitpflege.

⁴ Im Folgenden umfasst der Begriff „versorgte Personen“ neben den langzeitversorgten Personen auch Kurzzeitpflegegäste.

bänden der Pflegekassen dargelegt hat und ein entsprechender Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen erteilt ist. Die Pflegeeinrichtung ist hierüber zu informieren.

- (3) Im Prüfauftrag der Landesverbände der Pflegekassen sind insbesondere zu beschreiben:
- Art der Prüfung,
 - bei Anlassprüfungen der dem Prüfauftrag zugrunde liegende Sachverhalt (z. B. Beschwerde),
 - Informationen darüber, ob für die Pflegeeinrichtung aktuelle, statistisch plausible und vollständige Indikatorenergebnisse vorliegen und eine entsprechende Kennung für die Datenanforderung der Prüfinstitution bei der beauftragten fachlich unabhängigen Institution nach § 113 Absatz 1b SGB XI (Datenauswertungsstelle – DAS),
 - Einbindung der Pflegekassen oder der Landesverbände der Pflegekassen,
 - Zeitpunkt der Prüfung,
 - Prüfmodalitäten (insbesondere Information/Abstimmung mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden, ggf. auch mit anderen Behörden wie z. B. Gesundheitsamt).
- (4) Mit dem Prüfauftrag sind der Prüfinstitution von den Landesverbänden der Pflegekassen die erforderlichen Informationen und Unterlagen für die Qualitätsprüfung zur Verfügung zu stellen, insbesondere Institutionskennzeichen (IK), Versorgungsverträge, Strukturdaten, festgelegte Leistungs- und Qualitätsmerkmale nach § 84 Absatz 5 SGB XI, vorliegende Maßnahmenbescheide nach § 115 Absatz 2 SGB XI, Stellungnahmen und Unterlagen der vollstationären Pflegeeinrichtung an die Landesverbände der Pflegekassen sowie eventuelle Beschwerden über die zu prüfende Pflegeeinrichtung.

4 Der Prüfung vorausgehende Prozesse

- (1) Die Qualitätsprüfung wird mit der Erteilung des Prüfauftrags an die Prüfinstitution durch den zuständigen Landesverband der Pflegekasse eingeleitet. Die DAS stellt bei vollstationären Pflegeeinrichtungen der Prüfinstitution die folgenden Informationen in der jeweils aktuellen Fassung zum Abruf bereit:
- Eine Code-Liste (Pseudonyme) zur Bestimmung der versorgten Personen, bei denen die Prüfung durchzuführen ist, und derjenigen versorgten Personen, die ersatzweise in die Stichprobe aufgenommen werden. Diese Code-Liste wird auch bereitgestellt, wenn das Ergebnis der statistischen Plausibilitätskontrolle ergeben hat, dass die Daten nicht plausibel sind.
 - Drei Zufallszahlen zwischen 1 und 20, die zur Vervollständigung der Stichprobe in der Einrichtung benötigt werden.
 - Eine tabellarische Übersicht über die Ergebnisqualität der Einrichtung für die letzten drei Erhebungen, mit der auch der einrichtungsindividuelle Beratungsauftrag für die

Prüferinnen und Prüfer definiert wird (Kennzahlen mit der Beurteilung „weit unter dem Durchschnitt“).

- Die fallbezogenen Daten der Ergebniserfassung der versorgten Personen, die von der DAS für die Personenstichprobe vorgegeben werden.
- Hinweise auf mögliche Schwachstellen der Ergebniserfassung, die mit der statistischen Plausibilitätskontrolle sichtbar wurden. Ergibt sich bereits bei der statistischen Plausibilitätskontrolle, dass die Datenqualität nicht ausreicht, um Kennzahlen für die Ergebnisqualität zu generieren, so erhält die Prüfinstitution einen entsprechenden Hinweis – mit der Konsequenz, dass die Plausibilitätskontrolle der Ergebniserfassung entfällt.

5 Prüfverständnis und Zugang zur Pflegeeinrichtung

- (1) Den Qualitätsprüfungen liegt ein beratungsorientierter Prüfansatz zugrunde. Die Qualitätsprüfungen bilden eine Einheit aus Prüfung, Beratung und Empfehlung von Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung. Der beratungsorientierte Prüfansatz ermöglicht bei Auffälligkeiten und Qualitätsdefiziten das Aufzeigen von Lösungsmöglichkeiten. Der beratungsorientierte Prüfansatz findet seinen Ausdruck im Fachgespräch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die in der Versorgung der Bewohnerinnen und Bewohner tätig sind – wobei soweit möglich Pflegefachkräfte einbezogen werden sollen – sowie im Abschlussgespräch mit den Führungskräften der Einrichtung. Die unmittelbare fachliche Kommunikation im Prüfverfahren hat einen hohen Stellenwert und basiert auf der stärkeren Differenzierung von Beurteilungen und der Verringerung der Bedeutung von gegenstandsunabhängigen Konzept- und Dokumentationsprüfungen. Das Fachgespräch ist eine gleichrangige Informationsquelle zu anderen Datenquellen. Dieser Prüfansatz setzt eine intensive Zusammenarbeit zwischen der Pflegeeinrichtung und dem MDK bzw. dem PKV-Prüfdienst voraus.
- (2) Zur Durchführung der Qualitätsprüfungen ist der Prüfinstitution Zugang zur Pflegeeinrichtung zu gewähren. Das Prüfteam weist sich auf Wunsch der Pflegeeinrichtung aus. Prüfungen sind grundsätzlich einen Tag zuvor anzukündigen; Anlassprüfungen sollen unangemeldet erfolgen. Die Kriterien für Fälle, in denen unangekündigt zu prüfen ist, werden in den Richtlinien nach § 114c SGB XI geregelt. Eine Prüfung zur Nachtzeit ist auf die Fälle zu begrenzen, in denen das Ziel der Qualitätssicherung zu anderen Tageszeiten nicht erreicht werden kann. Die Beteiligung anderer Prüfinstitutionen (z. B. nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörden, Gesundheitsamt) darf nicht zu Verzögerungen bei der Durchführung der Prüfungen führen. Dies gilt auch für die Beteiligung der Trägervereinigung der Pflegeeinrichtung. Die Pflegeeinrichtung hat dem Prüfteam auf Verlangen die für die Qualitätsprüfung notwendigen Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen. Für Nachweiszwecke sind – soweit erforderlich – Kopien anzufertigen.

6 Eignung der Prüferinnen und Prüfer

- (1) Die Qualitätsprüfungen nach §§ 114 ff. SGB XI sind in der Regel von Prüfteams durchzuführen, die aus Pflegefachkräften bestehen. An die Stelle einer Pflegefachkraft können andere Sachverständige, z. B. Ärztinnen und Ärzte oder Kinderärztinnen und Kinderärzte treten, wenn dies das einzelne Prüfgebiet erfordert. Wenn sich aus dem Prüfauftrag ergibt, dass die zu prüfende Pflegeeinrichtung beatmungspflichtige Personen oder Personen im Wachkoma
-

versorgt, verfügt mindestens eine Prüferin oder ein Prüfer über besondere Kenntnisse in diesem Prüfgebiet.

- (2) Die Mitglieder der Prüfteams müssen über pflegfachliche Kompetenz, Führungskompetenz und Kenntnisse im Bereich der Qualitätssicherung verfügen. Mindestens ein Mitglied des Prüfteams muss über eine Auditorenausbildung oder eine vom Inhalt und Umfang her gleichwertige Qualifikation verfügen.

7 Inhalt und Umfang der Qualitätsprüfung

- (1) Regel-, Anlass- und Wiederholungsprüfungen der Pflegeeinrichtungen erfolgen anhand der **Anlage 1** (Prüfbogen A, Beurteilung der personenbezogenen Versorgung), **Anlage 2** (Prüfbogen B, Beurteilung auf der Einrichtungsebene) und **Anlage 3** (Prüfbogen C, Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle). Diese Prüfbögen sind nach der **Anlage 4** (Erläuterungen zu den Prüfbögen), **Anlage 5** (Qualitätsbewertung Qualitätsprüfung) und **Anlage 6** (Bewertung von Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle) auszufüllen. Inhalte und Umfang der Prüfung können von den Landesverbänden der Pflegekassen nicht verändert oder erweitert werden.
- (2) Bei Wiederholungsprüfungen im Auftrag der Landesverbände der Pflegekassen ist zu prüfen, ob die festgestellten Qualitätsmängel durch die nach § 115 Absatz 2 SGB XI angeordneten Maßnahmen beseitigt worden sind. Dabei werden im Qualitätsbereich 6 die beanstandeten einrichtungsbezogenen Kriterien erneut geprüft. Nicht beanstandete Kriterien werden unverändert übernommen. Die personenbezogenen Qualitätsaspekte sind vollständig zu prüfen.
- (3) Basis der Prüfungen sind
- die Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI für die vollstationäre Pflege und für die Kurzzeitpflege in der jeweils aktuellen Fassung,
 - der aktuelle Stand des Wissens,
 - die Expertenstandards nach § 113a SGB XI,
 - die qualitätsrelevanten Inhalte der Verträge der Pflege- und der Krankenkassen mit der jeweiligen Pflegeeinrichtung,
 - die Rahmenverträge nach § 75 SGB XI
 - die Richtlinien zur Verordnung häuslicher Krankenpflege nach § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7 Nr. 1 SGB V sowie
 - die relevanten Empfehlungen der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention nach § 23 Absatz 1 Infektionsschutzgesetz (IfSG).
- (4) Die durch das Prüfteam im Einzelnen zu beurteilenden Sachverhalte sind in die folgenden sechs Qualitätsbereiche untergliedert:
- Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

- Qualitätsbereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen
 - Qualitätsbereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte
 - Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen
 - Qualitätsbereich 5: Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen
 - Qualitätsbereich 6: Organisationsaspekte und internes Qualitätsmanagement
- (5) Jeder der sechs Qualitätsbereiche nach Absatz 4 umfasst mehrere Qualitätsaspekte, die jeweils umfassende Themen abbilden. Die Qualitätsbereiche 1 bis 4 werden mit der **Anlage 1** (Prüfbogen A Beurteilung der personenbezogenen Versorgung) und die Qualitätsbereiche 5 und 6 mit der **Anlage 2** (Prüfbogen B Beurteilung auf der Einrichtungsebene) erfasst.

8 Ablauf des Einrichtungsbesuchs

- (1) Nach Vorstellung des Prüfteams bei der Leitung der Einrichtung sind zu Beginn der Prüfung in einem Einführungsgespräch das Aufgabenverständnis, die Vorgehensweise und der voraussichtliche Zeitaufwand der Prüfung darzulegen. Die Interessenvertretung der Bewohnerinnen und Bewohner der Pflegeeinrichtung wird über die Prüfung informiert. Im Anschluss an das Einführungsgespräch erfolgt die Bestimmung von neun versorgten Personen entsprechend der Vorgaben des definierten Stichprobenverfahrens. Es können Versicherte der sozialen und der privaten Pflegeversicherung einbezogen werden. Es werden jedoch nur Personen in die Stichprobe einbezogen, bei denen eine Pflegebedürftigkeit vorliegt.
- (2) Die Einbeziehung in die Prüfung setzt die Einwilligung der versorgten Person, einer vertretungsberechtigten Person bzw. einer gesetzlich bestellten Betreuerin oder eines gesetzlich bestellten Betreuers voraus. Vor der Einholung der Einwilligung der versorgten Person oder einer hierzu berechtigten Person hat das Prüfteam diese in verständlicher Weise aufzuklären über
- Anlass und Zweck sowie Inhalt, Umfang, Durchführung und Dauer der Maßnahme,
 - den vorgesehenen Zweck der Verarbeitung und die Nutzung der dabei erhobenen personenbezogenen Daten,
 - die Freiwilligkeit der Teilnahme und
 - die jederzeitige Widerrufbarkeit der Einwilligung.
- Ferner ist im Rahmen der Aufklärung darauf hinzuweisen, dass im Falle der Ablehnung der versorgten Person keine Nachteile entstehen.
- (3) Die Einwilligung der versorgten Person nach § 114a Absatz 3a SGB XI kann erst nach Bekanntgabe der Einbeziehung der in Augenschein zu nehmenden Person in die Qualitätsprüfung erklärt werden und muss in einer Urkunde oder auf andere zur dauerhaften Wiedergabe in
-

Schriftzeichen geeignete Weise gegenüber dem Prüfteam abgegeben werden, die Person des Erklärenden benennen und den Abschluss der Erklärung durch Nachbildung der Namensunterschrift oder anders erkennbar machen (Textform). Ist die versorgte Person einwilligungsunfähig, ist die Einwilligung einer berechtigten Person einzuholen. Ist keine berechtigte Person am Ort einer Prüfung anwesend und ist eine rechtzeitige Einholung der Einwilligung in Textform nicht möglich, so genügt ausnahmsweise eine mündliche Einwilligung, wenn andernfalls die Durchführung der Prüfung erschwert würde. Die mündliche Einwilligung oder Nichteinwilligung sowie die Gründe für ein ausnahmsweises Abweichen von der erforderlichen Textform sind schriftlich zu dokumentieren. Die Einwilligung ist nach § 114a Absatz 2 und 3 SGB XI erforderlich für

- das Betreten der Wohnräume der versorgten Person,
- die Inaugenscheinnahme des gesundheitlichen und pflegerischen Zustands der versorgten Person,
- die Einsichtnahme in die Pflegedokumentation, in die fallbezogenen Daten zur Ergebniserfassung,
- die Befragung der versorgten Person, der Beschäftigten der Einrichtung, der Betreuerinnen und Betreuer, der Angehörigen sowie der Mitglieder der heimrechtlichen Interessenvertretungen der Bewohnerinnen und Bewohner,
- die damit jeweils zusammenhängende Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten der versorgten Person einschließlich der Erstellung von Kopien zum Zwecke der Erstellung eines Prüfberichts.

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

- (4) Für die versorgten Personen, die in die Plausibilitätskontrolle des Erhebungsreports einbezogen werden, ist jeweils ebenfalls eine Einwilligung einzuholen.
- (5) Es werden allgemeine Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung erfasst.

8.1 Erfassung administrativer Angaben zur versorgten Person

- (1) Die betreffenden Angaben dienen vorrangig zur Verwaltung des Datensatzes. Die Daten sind gemäß der Vorgabe des Erhebungsbogens für jede versorgte Person der Stichprobe zu erfassen.

8.2 Beurteilung der Qualitätsaspekte bei der einzelnen versorgten Person (Qualitätsbereiche 1 bis 4)

- (1) Die Beurteilung der jeweiligen Qualitätsaspekte auf der Ebene der individuellen Versorgung umfasst in den Qualitätsbereichen 1 bis 4 jeweils die folgenden Schritte:
 - Informationserfassung: Die Prüferin oder der Prüfer verschafft sich zunächst einen Überblick zur Bedarfs- und Versorgungssituation der versorgten Person. Anhand verschiedener Informationsquellen werden die Lebenssituation, die gesundheitliche Situation, Ressourcen und Beeinträchtigungen, Gefährdungen usw. durch die Prüferin oder den Prüfer erfasst. Welche Informationen für den jeweiligen Qualitätsaspekt benötigt werden, ist in der

Anlage 1 (Prüfbogen A Beurteilung der personenbezogenen Versorgung) angegeben. Die Prüferin oder der Prüfer hat sich ein eigenes Bild von der versorgten Person und der Pflegesituation zu machen und Angaben der Einrichtung gedanklich stets daraufhin überprüfen, ob sie sich zu einem fachlich stimmigen Gesamtbild zusammenfügen. Dies gilt auch für die Beurteilung der Plausibilität von Angaben, die aus der Ergebniserfassung stammen.

- Bearbeitung der Leitfragen: Im zweiten Schritt hat die Prüferin oder der Prüfer – mit Hilfe der zu jedem Qualitätsaspekt aufgeführten Leitfragen – eine Beurteilung der Versorgung vorzunehmen. Die gemachten Feststellungen werden dann im nächsten Schritt anhand bestimmter Vorgaben bewertet. Zu den jeweiligen Leitfragen ist in der Ausfüllanleitung beschrieben, welche Aspekte des pflegerischen Handelns in die Beurteilung einbezogen werden sollen. Bei mehreren Qualitätsaspekten finden sich vor den Leitfragen Hinweise dazu, ob eine versorgte Person in die Bewertung einbezogen werden soll. So ist beispielsweise die Frage nach der Tagesstrukturierung nur bei versorgten Personen zu bearbeiten, die einen Unterstützungsbedarf bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte aufweisen.
- Bewertung und Beschreibung festgestellter Auffälligkeiten: Identifizierte Auffälligkeiten und Qualitätsdefizite werden in strukturierter Form dokumentiert und bewertet. Zu jedem Qualitätsaspekt finden sich in der **Anlage 1** (Prüfbogen A Beurteilung der personenbezogenen Versorgung) individuelle Erläuterungen zur Konkretisierung der Bewertung.

(2) Die Bewertung erfolgt anhand der in der **Anlage 5** dargestellten Bewertungssystematik.

8.3 Beurteilung bedarfsübergreifender Qualitätsaspekte (Qualitätsbereich 5)

- (1) Bei der Beurteilung der verschiedenen Qualitätsaspekte in den Qualitätsbereichen 1 bis 4 werden immer wieder Themen angesprochen, die gleichermaßen für mehrere Qualitätsaspekte relevant sind. Informationsgrundlage für die Beurteilung der sogenannten bedarfsübergreifenden Qualitätsaspekte im Qualitätsbereich 5 sind die Feststellungen, die das Prüfteam für die Qualitätsaspekte in den Qualitätsbereichen 1 bis 4 getroffen hat. Es werden also keine zusätzlichen Informationen über die versorgten Personen aus der Stichprobe erfasst.
- (2) Auf dieser Grundlage soll das Prüfteam nach den Vorgaben der **Anlage 2** (Prüfbogen B Beurteilung auf der Einrichtungsebene) eine Gesamtbewertung für die Einrichtung vornehmen, also beispielsweise eine Gesamtbewertung der Frage, ob die Einrichtung mit Risiken und Gefährdungen der versorgten Personen fachgerecht umgeht.
- (3) Diese Beurteilung ist bei der Zusammenführung der Teilergebnisse der Prüfung im Teamgespräch vorzunehmen. Die Zusammenführung erfolgt in der **Anlage 2** (Prüfbogen B Beurteilung auf der Einrichtungsebene).

8.4 Bewertung einrichtungsbezogener Merkmale (Qualitätsbereich 6)

- (1) In einem gesonderten Abschnitt der **Anlage 2** (Prüfbogen B Beurteilung auf der Einrichtungsebene) werden organisatorische Aspekte und allgemeine Anforderungen an das Qualitätsmanagement erfasst. Es erfolgt eine kriteriengestützte Bewertung, bei der zu beurteilen ist, ob die in der **Anlage 2** (Prüfbogen B Beurteilung auf der Einrichtungsebene) aufgeführten Anforderungen erfüllt werden oder nicht.
-

8.5 Zusammenführung der Feststellungen (Teamgespräch)

- (1) Die vorläufige Feststellung wichtiger Gesamtergebnisse erfolgt gemeinsam im Prüfteam ohne Anwesenheit von Mitarbeiterinnen oder Mitarbeitern der Einrichtung. Die Prüferinnen und Prüfer kommen zusammen und tauschen sich über ihre wichtigsten Feststellungen zu den einzelnen Qualitätsaspekten aus. Zweck dieses Teamgesprächs ist
 - die gemeinsame Bewertung der bedarfsübergreifenden Qualitätsaspekte,
 - die Einschätzung der fachlichen Stärken der Einrichtung,
 - die vorläufige Einschätzung, bei welchen Qualitätsaspekten fachliche Defizite festgestellt wurden (Defizite mit negativen Folgen für die versorgte Person oder mit dem Risiko des Auftretens negativer Folgen),
 - die vorläufige Einschätzung der Plausibilität der Ergebniserfassung,
 - die Festlegung der Themen, die im anschließenden Abschlussgespräch mit Vertreterinnen und Vertretern der Einrichtung angesprochen werden sollen, insbesondere der Themen, zu denen eine Beratung erfolgen soll. Bei der Beratung sollen auch Indikatoren mit der Beurteilung „weit unter dem Durchschnitt“ berücksichtigt werden.
- (2) Es handelt sich dabei um vorläufige Einschätzungen, die bei der abschließenden Bewertung zu verifizieren und zu konkretisieren sind. Grundlage des Gesprächs sind sämtliche Feststellungen, die bei der Prüfung der einrichtungsbezogenen und der direkt personenbezogenen Fragen festgehalten wurden, inklusive der Feststellungen, die die Plausibilitätskontrolle betreffen. Das Teamgespräch erfolgt unter Berücksichtigung der **Anlage 7** (Strukturierungshilfe zur Durchführung des Teamgesprächs).

8.6 Abschlussgespräch

- (1) Im Abschlussgespräch wird die Pflegeeinrichtung über zentrale vorläufige Ergebnisse der Prüfung in Kenntnis gesetzt. Grundlage sind die im Teamgespräch der Prüferinnen und Prüfer getroffenen vorläufigen Einschätzungen sowie die von ihnen festgelegten Themen bzw. Beratungspunkte. Es sollen die durch das Prüfteam erfassten fachlichen Stärken der Einrichtung gewürdigt werden. Das Gespräch wird mit dem Ziel geführt, ggf. festgestellte Qualitätsdefizite direkt abzustellen, Qualitätsdefiziten rechtzeitig vorzubeugen und die Eigenverantwortlichkeit der Einrichtung zur Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen Pflege zu stärken.
- (2) Das Prüfteam stellt in zusammenfassender Form seine vorläufigen Einschätzungen zu folgenden Punkten dar:
 - fachliche Stärken der Einrichtung
 - festgestellte Qualitätsdefizite (Defizite mit negativen Folgen für die versorgte Person oder mit dem Risiko des Auftretens negativer Folgen)
 - Plausibilität der Ergebniserfassung

- (3) Zu diesen Punkten ist den Vertreterinnen und Vertretern der Einrichtung Gelegenheit zur Kommentierung und Stellungnahme zu geben.
- (4) In einer weiteren Gesprächsphase erfolgt die Beratung zu den Themen, die die Prüferinnen und Prüfer im Teamgespräch als besonders wichtig identifiziert haben. Gemeinsam mit den Vertreterinnen und Vertretern der Einrichtung sind Möglichkeiten zu erörtern, wie festgestellte Qualitätsdefizite behoben und der Entstehung von Qualitätsdefiziten vorgebeugt werden kann. Dabei kann auch auf unterdurchschnittliche Indikatorenergebnisse und festgestellte Auffälligkeiten eingegangen werden.
- (5) Sofern die Einrichtung abweichende Meinungen zu festgestellten Qualitätsdefiziten äußert, werden diese durch das Prüfteam schriftlich festgehalten.
- (6) Das Abschlussgespräch erfolgt unter Berücksichtigung der **Anlage 8** (Strukturierungshilfe zur Durchführung des Abschlussgespräches).

9 Stichprobe bei vollstationären Pflegeeinrichtungen

- (1) In die Qualitätsprüfung werden neun versorgte Personen einbezogen.
 - (2) Sechs versorgte Personen werden anhand von personenbezogenen Codes (Pseudonyme) vor dem Einrichtungsbesuch durch eine Stichprobe bestimmt, die durch die DAS gezogen wird (Teilstichprobe für die Regelprüfung durch die DAS). Während der Prüfung entpseudonymisiert das Prüfteam gemeinsam mit der Einrichtung die ausgewählten Personen anhand der Pseudonymisierungsliste, die die Einrichtung vor Ort vorzuhalten und dem Prüfteam vorzulegen hat.
 - (3) Weitere drei versorgte Personen werden durch eine Zufallsauswahl während des Besuchs des Prüfteams in der Einrichtung durch das Prüfteam anhand der Zufallszahlen bestimmt (Teilstichprobe für die Regelprüfung durch die Prüfinstitution). Diese Teilstichprobe wird anhand des Erhebungsreportes und der aktuellen und vollständigen Übersicht der versorgten Personen bestimmt, die die Einrichtung für die Prüfung zu führen und dem Prüfteam vorzulegen hat.
 - (4) Die Übersicht nach Absatz 3 enthält gemäß den Maßstäben und Grundsätzen zur Qualität für die vollstationäre Pflege nach § 113 SGB XI neben der Übersicht aller in der Einrichtung lebenden Bewohnerinnen und Bewohner personenbezogene Angaben, ob eine Beeinträchtigung bei der Mobilität und den kognitiven Fähigkeiten vorliegt. Wenn die Einrichtung die unter Absatz 2 und 3 genannten Unterlagen nicht zur Verfügung stellt, legt das Prüfteam auf der Basis der vorliegenden Informationen eine Zufallsstichprobe fest.
 - (5) Die Pflegeeinrichtung hat gemäß § 114a Absatz 3a SGB XI im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht nach § 114 Absatz 1 Satz 4 SGB XI insbesondere die Namen und Kontaktdaten der von ihr versorgten Personen an das Prüfteam weiterzuleiten.
 - (6) Kann die erforderliche Mindestzahl von versorgten Personen trotz der unten aufgeführten Regularien nicht erreicht werden, z. B. weil weniger Personen von der Einrichtung versorgt werden oder ihr Einverständnis zur Einbeziehung in die Stichprobe nicht erteilt haben, so hat das Prüfteam im Rahmen der verbleibenden Möglichkeiten die Qualitätsprüfung trotzdem
-

durchzuführen und die Ergebnisse im Prüfbericht auszuweisen. Das Unterschreiten der vorgesehenen Personenzahl ist im Prüfbericht zu begründen.

9.1 Ziehung einer Teilstichprobe für die Regelprüfung durch die Datenauswertungsstelle

- (1) Bei der Ziehung der Teilstichprobe von sechs versorgten Personen durch die DAS handelt es sich um eine geschichtete Stichprobe. Es kommt eine Kombination von Merkmalen zur Anwendung, die Beeinträchtigungen der Mobilität sowie der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten abbilden.
- (2) Die Ziehung der Stichprobe orientiert sich an den Modulwertungen des Begutachtungsinstrumentes zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit. Es werden jeweils zwei versorgte Personen mit folgenden Merkmalskombinationen bestimmt:
 - A. Personen, die in beiden Bereichen mindestens erhebliche Beeinträchtigungen aufweisen (Modulwertung jeweils >1)
 - B. Personen, die im Bereich der Mobilität mindestens erhebliche Beeinträchtigungen aufweisen (Modulwertung >1), aber keine oder eine geringe Beeinträchtigung der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (Modulwertung 0 oder 1)
 - C. Personen, die im Bereich der Mobilität keine oder eine geringe Beeinträchtigung aufweisen (Modulwertung 0 oder 1), aber mindestens erhebliche Beeinträchtigungen der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (Modulwertung >1).
- (3) Um sicherzustellen, dass in der Prüfsituation durch die Unmöglichkeit, die ausgewählten Personen einzubeziehen (z. B. fehlende Einwilligung), keine Probleme auftreten, ist eine „Reserveliste“ erforderlich. Es werden daher je Subgruppe sechs weitere Personen bestimmt. Damit entsteht eine Liste, die folgendermaßen strukturiert ist:

Subgruppe A: Code 1, Code 2	Reserve: Code 3 bis Code 8
Subgruppe B: Code 9, Code 10	Reserve: Code 11 bis Code 16
Subgruppe C: Code 17, Code 18	Reserve: Code 19 bis Code 24
- (4) Wenn auf der Basis der Codes und der Reserveliste keine zwei versorgten Personen in die Stichprobe einbezogen werden können, wird die Subgruppe an Hand der von der Einrichtung vorzuhaltenden Übersicht der versorgten Personen (siehe Ziffer 9 Absatz 3) entsprechend ergänzt. Eine Plausibilitätskontrolle ist nur möglich, wenn auf die Daten zugegriffen werden kann.
- (5) Insbesondere bei sehr kleinen Einrichtungen kann es vorkommen, dass einzelne Subgruppen so schwach besetzt sind, dass keine ausreichenden Codes oder Reservecodes bestimmt werden können. Sollte es in der Prüfsituation dazu kommen, dass in einer Subgruppe nicht wie vorgesehen zwei Personen anhand der Angaben der DAS bestimmt werden können, so sind die fehlenden Fälle durch die ergänzende Stichprobenziehung, die in der Einrichtung stattfindet, auszugleichen.

9.2 Ziehung einer Teilstichprobe für die Regelprüfung durch die Prüfinstitution

- (1) Zusätzlich bestimmt das Prüfteam bei seinem Einrichtungsbesuch per Zufallsauswahl anhand des Erhebungsreports und der Übersicht der versorgten Personen drei versorgte Personen, die nicht in die Ergebniserfassung durch die Einrichtung einbezogen wurden (z. B. Kurzzeitpflegegäste, versorgte Personen, bei denen Ausschlussgründe hierfür vorlagen oder die nach der letzten Ergebniserfassung in die Einrichtung eingezogen sind).
- (2) Am Anfang des Erhebungsreportes oder der Übersicht beginnend, werden mit Hilfe der vorab von der DAS übermittelten Zufallszahlen drei Personen bestimmt, die zum Prüfzeitpunkt in der Einrichtung versorgt werden, für die jedoch keine Ergebniserfassung durchgeführt wurde.
- (3) Ist es nicht möglich, eine Einwilligung für die betreffende Person zu erhalten, so wird die in der Liste nachfolgend aufgeführte Person ausgewählt.

9.3 Ziehen einer Stichprobe für die Regelprüfung in Einrichtungen ohne Ergebniserfassung

- (1) Erfolgt die Prüfung in einer Einrichtung, in der keine Ergebniserfassung im letzten Erhebungszeitraum durchgeführt wurde oder wenn keine vollständigen Daten aus der Ergebniserfassung vorliegen, muss die Stichprobe komplett in der Einrichtung bestimmt werden. Die Einrichtung hat in diesem Fall eine aktuelle und vollständige Übersicht über die von ihr versorgten Personen (siehe Ziffern 9 Absatz 3) zu führen und dem Prüfteam vorzulegen. Aus dieser Liste werden sechs Personen anhand von Merkmalskombinationen und drei weitere durch eine Zufallsauswahl bestimmt.
- (2) Die sechs Personen werden anhand der unten aufgeführten Merkmalskombinationen folgenden Subgruppen zugeordnet:

Subgruppe A: Fortbewegung = beeinträchtigt & kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt
Subgruppe B: Fortbewegung = beeinträchtigt & kognitive Fähigkeiten = unbeeinträchtigt
Subgruppe C: Fortbewegung = unbeeinträchtigt & kognitive Fähigkeiten = beeinträchtigt

Aus jeder dieser Gruppen werden per Zufallszahl zwei Personen in die Prüfung einbezogen. Sollte es in der Prüfsituation dazu kommen, dass in einer Subgruppe nicht wie vorgesehen zwei Personen bestimmt werden können, so sind die fehlenden Fälle zusammen mit den drei weiteren Personen, die ohnehin zufällig ausgewählt werden, zu ziehen (siehe Absatz 4).

- (3) Die notwendigen Informationen über die Merkmalskombination sind von den Einrichtungen bereitzustellen. Für die Merkmalsausprägungen gelten:
 - „Selbstständigkeit bei der Fortbewegung“ beeinträchtigt = Personenhilfe ist erforderlich (nicht selbstständig im Sinne des Begutachtungsinstruments aufgrund körperlicher Beeinträchtigungen).
 - „Kognitive Fähigkeiten“ beeinträchtigt = Es kommt regelmäßig zu Störungen des Kurzzeitgedächtnisses, der zeitlichen und örtlichen Orientierung sowie der Personenerkennung.
 - (4) Zusätzlich bestimmt das Prüfteam bei seinem Einrichtungsbesuch anhand der Übersicht der versorgten Personen drei weitere Personen per Zufallsauswahl.
-

9.4 Abweichungen bei Anlass- und Wiederholungsprüfungen

- (1) Das Stichprobenverfahren bei Anlass- bzw. Wiederholungsprüfungen wird grundsätzlich analog zum Verfahren für die Regelprüfung durchgeführt.
- (2) Da im Verfahren zur Stichprobenziehung vorgesehen ist, einen Teil der Stichprobe (drei Personen) in der Einrichtung durch das Prüfteam auszuwählen, kann bei Anlassprüfungen der Anlass oder der bemängelte Qualitätsaspekt in die Stichprobe aufgenommen werden, indem vom Prinzip der Zufallsauswahl abgewichen wird. Bezieht sich eine Beschwerde auf eine versorgte Person, ist diese nach Möglichkeit in die Stichprobe einzubeziehen. Bei Bedarf kann die Stichprobe von neun Personen bei Anlassprüfungen ergänzt werden. Ergeben sich bei einer Anlassprüfung beispielsweise weitere Hinweise auf eine nicht fachgerechte Pflege, kann dies zu einer Ergänzung der Stichprobe führen. Nach § 115 Absatz 1a SGB XI bilden bei Anlassprüfungen die Prüfergebnisse aller in die Prüfung einbezogenen Personen die Grundlage für die Bewertung und Darstellung der Qualität.
- (3) Da im Verfahren zur Stichprobenziehung vorgesehen ist, einen Teil der Stichprobe (drei Personen) in der Einrichtung durch das Prüfteam auszuwählen, können auch bei Wiederholungsprüfungen die den nach § 115 Absatz 2 SGB XI angeordneten Maßnahmen zugrundeliegenden Qualitätsaspekte in die Stichprobe aufgenommen werden, indem vom Prinzip der Zufallsauswahl abgewichen wird.

10 Anpassung des Stichprobenverfahrens bei solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen

- (1) In die Qualitätsprüfung werden sechs Kurzzeitpflegegäste einbezogen.
- (2) Die Einrichtung hat eine Übersicht der versorgten Personen zu führen und dem Prüfteam vorzulegen, in der sämtliche Kurzzeitpflegegäste mit einer Information über ihre kognitiven Fähigkeiten und ihre Mobilität aufgeführt sind. Die Zuordnung der Merkmalsausprägung „beeinträchtigt“ erfolgt nach den unter Ziffer 9.3 dargelegten Regeln.
- (3) Aus jeder der Gruppen A) bis C) werden anhand von Zufallszahlen drei Kurzzeitpflegegäste ausgewählt. Die ersten zwei ausgewählten Kurzzeitpflegegäste werden bei der Prüfung berücksichtigt. Stellt sich heraus, dass dies nicht möglich ist, wird ein dritter Kurzzeitpflegegast aus dieser Gruppe ersatzweise in die Stichprobe aufgenommen. Sollten auch danach noch keine zwei Kurzzeitpflegegäste aus der Gruppe aufgenommen werden können, werden anhand der Zufallszahlen – unter Ausschluss der bereits ausgewählten Kurzzeitpflegegäste – weitere Kurzzeitpflegegäste bestimmt. Sollte eine der definierten Gruppen so schwach besetzt sein, dass die Zahl von zwei Kurzzeitpflegegästen nicht erreicht werden kann, so wird – ebenfalls anhand von Zufallszahlen – ein Kurzzeitpflegegast aus einer anderen Gruppe bestimmt. Dabei gilt:
 - C) ersatzweise für A)
 - A) ersatzweise für C)
 - C) ersatzweise für B)

- (4) Wenn die Einrichtung keine geeignete Liste zur Verfügung stellt, legt das Prüfteam auf der Basis der vorliegenden Informationen eine Zufallsstichprobe gemäß Ziffer 10 Absatz 2 fest.
- (5) Die Kurzzeitpflegeeinrichtung hat gemäß § 114a Absatz 3a SGB XI im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht nach § 114 Absatz 1 Satz 4 SGB XI insbesondere die Namen und Kontaktdaten der von ihr versorgten Kurzzeitpflegegäste an das Prüfteam weiterzuleiten.
- (6) Für die Stichprobe bei Anlass- und Wiederholungsprüfungen in Kurzzeitpflegeeinrichtungen gelten die Regularien für die vollstationäre Pflege entsprechend.
- (7) Kann die erforderliche Mindestzahl von Kurzzeitpflegegästen trotz der oben aufgeführten Regularien nicht erreicht werden, z. B. weil weniger Kurzzeitpflegegäste von der Einrichtung versorgt werden oder ihr Einverständnis zur Einbeziehung in die Stichprobe nicht erteilt haben, so hat das Prüfteam im Rahmen der verbleibenden Möglichkeiten die Qualitätsprüfung trotzdem durchzuführen und die Ergebnisse im Prüfbericht auszuweisen. Das Unterschreiten der vorgesehenen Zahl an Kurzzeitpflegegästen ist im Prüfbericht zu begründen.

11 Informationsgrundlagen für die Qualitätsbewertung

- (1) Zur Durchführung der Prüfung kann das Prüfteam unter Berücksichtigung des Datenschutzes auf folgende Informationsgrundlagen zurückgreifen:
 - das Gespräch mit der versorgten Person und deren Inaugenscheinnahme
 - das Fachgespräch mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung
 - Beobachtungen während der Prüfung, die ggf. auch Zufallsbefunde umfassen
 - die Pflegedokumentation und weitere Unterlagen (Gesamtheit der personenbezogenen Akte)
 - gesonderte Dokumentationen, die die Einrichtung zum Zweck des internen Qualitätsmanagements erstellt hat
 - einrichtungsinterne Konzepte oder Verfahrensanweisungen, die die Einrichtung verwendet, um den Erfordernissen einer fachgerechten Pflege Rechnung zu tragen
 - die personenbezogenen Informationen der letzten Ergebniserfassung mittels des Erhebungsbogens für die Ergebniserfassung. Wenn diese Informationen ausnahmsweise nicht von der DAS zur Verfügung gestellt werden konnten, stellt die Einrichtung diese zur Verfügung.
 - (2) Die Prüferinnen und Prüfer entscheiden nach eigenem Ermessen, welche Informationsquellen in welcher Reihenfolge genutzt werden. Eine einseitig auf die Dokumentation ausgerichtete Prüfung ist zu vermeiden.
 - (3) Auskünfte der versorgten Person und fachlich plausible, nachvollziehbare Angaben der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sind im Verhältnis zur schriftlichen Dokumentation nicht als nachgeordnet zu betrachten. Die Prüferin oder der Prüfer entscheidet in Abhängigkeit von den näheren Umständen im Einzelfall, inwieweit Feststellungen, die keine Hinweise auf Qualitätsdefizite umfassen, durch die Nutzung weiterer Informationsquellen zu verifizieren sind.
-

- (4) Vermutet die Prüferin oder der Prüfer hingegen ein Qualitätsdefizit, so genügt nicht allein das Fehlen von Einträgen in der Pflegedokumentation, um den Nachweis zu führen. Zur Verifizierung muss im Regelfall mindestens eine weitere Informationsquelle entsprechende Hinweise geben. Stehen über die Pflegedokumentation hinaus keine weiteren Informationsquellen zur Verfügung, ist die Bewertung an Hand dieser vorzunehmen.

Hiervon gibt es Ausnahmen; diese sind als explizite Hinweise auf Dokumentationsanforderungen bei einigen Qualitätsaspekten in den Prüfbögen oder den Ausfüllhinweisen aufgeführt. So müssen die individuelle Tagesstrukturierung und die individuelle Maßnahmenplanung in jedem Fall schriftlich dokumentiert sein. Fehlen sie ganz oder teilweise, so ist davon auszugehen, dass für die versorgte Person das Risiko besteht, eine nicht ihrem Bedarf und ihren Bedürfnissen entsprechende Versorgung zu erhalten, weshalb das Fehlen einer individuellen Tagesstrukturierung oder eine lückenhafte Maßnahmenplanung als Defizit (und nicht als Auffälligkeit) zu werten ist.

- (5) Dem Fachgespräch mit einer Mitarbeiterin oder einem Mitarbeiter der Einrichtung, der über die jeweilige versorgte Person differenziert Auskunft geben kann, kommt ein hoher Stellenwert zu. Soweit nicht anders vermerkt hat die fachlich schlüssige, mündliche Darstellung der Versorgung, der Bedarfskonstellation und anderer Sachverhalte einen ebenso hohen Stellenwert wie die schriftliche Dokumentation. Wichtig ist in diesem Zusammenhang, dass mündliche Schilderungen fachlich nachvollziehbar sind und ein in sich stimmiges Bild ergeben. Aussagen, die in sich nicht stimmig sind oder in Widerspruch zu anderen Informationen stehen, sind ebenso wenig nutzbar wie unzutreffende Angaben in der Pflegedokumentation. Ähnliches gilt für unklare oder abstrakte mündliche Mitteilungen.
- (6) Sind während des Einrichtungsbesuchs keine Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verfügbar, die über die jeweilige versorgte Person differenziert Auskunft geben können, ist das Prüfteam gehalten, sich die erforderlichen Informationen aus anderen Quellen zu beschaffen. Ansonsten nutzen die Prüferinnen und Prüfer das Fachgespräch als Informationsquelle und ermutigen die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung, das Gespräch mit der Prüferin oder dem Prüfer ebenfalls als Medium der Informationsübermittlung zu nutzen.

12 Plausibilitätskontrolle der Ergebniserfassung

- (1) Bei der Plausibilitätskontrolle handelt es sich um eine Kontrolle der durch die Pflegeeinrichtung erhobenen Daten für die Berechnung von Indikatoren. Mit der Plausibilitätskontrolle bescheinigt das Prüfteam nicht, dass die Einrichtung bei der Ergebniserfassung alles korrekt erfasst hat. Das Ergebnis der Plausibilitätskontrolle bezieht sich lediglich auf die Stichprobe der versorgten Personen, bei denen die Plausibilitätskontrolle erfolgt ist. Die Plausibilitätskontrolle bezieht sich darüber hinaus auf den Erhebungsreport gemäß Absatz 6.
- (2) Wenn für die Einrichtung eine Indikatorenerfassung vorliegt und die statistische Prüfung durch die DAS nicht zu dem Ergebnis führte, dass die von der Einrichtung durchgeführte Ergebniserfassung erhebliche Mängel aufweist, ist bei bestimmten Qualitätsaspekten eine Plausibilitätskontrolle durchzuführen. Diese Plausibilitätskontrolle ist Bestandteil des Prüfverfahrens. Es handelt sich um die Überprüfung, ob die im Rahmen der Ergebniserfassung dargestellten Informationen mit anderen Sachverhalten bzw. Informationsquellen übereinstimmen. In der **Anlage 1** (Prüfbogen A Beurteilung der personenbezogenen Versorgung) findet sich an den betreffenden Stellen eine Leitfrage, mit der die Plausibilitätskontrolle eingeleitet wird.

- (3) Die Plausibilitätskontrolle stützt sich auf die Informationserfassung, die zu Beginn jeder Beurteilung der jeweiligen Qualitätsaspekte erfolgt. Mit dieser Informationserfassung verschafft sich die Prüferin oder der Prüfer ein Bild über die versorgte Person und ihre Versorgungssituation, etwa durch die Inaugenscheinnahme, durch Gespräche mit der versorgten Person oder den Pflegenden sowie durch die Hinzuziehung der Dokumentation. Zum Zweck der Plausibilitätskontrolle soll die Prüferin oder der Prüfer anhand der **Anlage 4** (Erläuterungen zu den Prüfbögen) beurteilen, ob diese Informationen mit den Angaben aus der Ergebniserfassung in Einklang stehen oder nicht.
- (4) Werden hierbei Abweichungen festgestellt, die sich nicht aufklären lassen, und erweist sich, dass Hinweise aus der Dokumentation oder andere Informationen, die der Ergebniserfassung widersprechen, sachlich zutreffend sind, muss von fehlender Plausibilität ausgegangen werden. Abweichungen, die erklärt werden können (z.B. Verschlechterung der Mobilität nach einem Sturz, der sich nach der Ergebniserfassung ereignete), sind nicht als fehlende Plausibilität einzustufen.
- (5) Bei der Beurteilung der Plausibilität muss die Prüferin oder der Prüfer berücksichtigen, welcher Art die Fehler oder Fehleinschätzungen sind, die entdeckt wurden (z. B. Flüchtigkeitsfehler, Fehleinschätzung, fehlende Angaben etc.). In einem zweiten Schritt muss beurteilt werden, ob diese Fehler Auswirkungen auf die Ergebnisbeurteilung haben können oder ob dies eher nicht anzunehmen ist. Zu beurteilen ist daher auch, ob sich bestimmte Fehler oder Fehleinschätzungen auf die Kennzahl des betreffenden Pflegeergebnisses auswirken.
- (6) Bestandteil der Plausibilitätskontrolle ist auch die Sichtung des Erhebungsreports, die bei der Stichprobenziehung, also zu Beginn der Prüfung erfolgt. Die Plausibilitätskontrolle des Erhebungsreportes wird bei einer Stichprobe von drei versorgten Personen durchgeführt. Werden dabei Auffälligkeiten festgestellt, ist die Stichprobe für die Plausibilitätskontrolle in der Regel um drei weitere Personen zu ergänzen. Ziel der Plausibilitätskontrolle ist es festzustellen, ob die Anwendung der Regelung zum Ausschluss von versorgten Personen aus der Indikatorenerhebung entsprechend der „Maßstäbe und Grundsätze zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI für die vollstationäre Pflege“ durch die Pflegeeinrichtung umgesetzt wurde. Die Bewertung der Plausibilität des Erhebungsreports erfolgt in der **Anlage 3** (Prüfbogen C Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle) unter Berücksichtigung der **Anlage 6** (Bewertung von Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle).
- (7) Die formelle Gesamtbeurteilung der Plausibilität erfolgt im Rahmen der abschließenden Bewertung der Prüfung nach Abschluss des Prüfbesuchs in der **Anlage 3** (Prüfbogen C Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle) unter Berücksichtigung der **Anlage 6** (Bewertung von Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle).

13 Zusammenarbeit mit den nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde

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

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

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

(2) Um Doppelprüfungen zu vermeiden, haben die Landesverbände der Pflegekassen den Prüfungsumfang mit dem Prüfauftrag in angemessener Weise zu verringern, wenn

- die Prüfungen einer nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde nicht länger als neun Monate zurück liegen,
- deren Prüfergebnisse nach pflegefachlichen Kriterien den Ergebnissen einer Regelprüfung gleichwertig sind und
- die Veröffentlichung der von den Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität gemäß § 115 Absatz 1a SGB XI gewährleistet ist.

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

(3) An einer gemeinsamen Prüfung mit der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde beteiligt sich die Prüfinstitution aufgrund eines Auftrages durch die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52 Absatz 1 SGB XI). Angezeigt ist die Beteiligung, wenn der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörde konkrete Erkenntnisse über Defizite in der Pflegequalität vorliegen. Regelmäßige Begehungen der nach heimrechtlichen Vorschriften zuständigen Aufsichtsbehörden und der Prüfinstitution sollen soweit als möglich miteinander abgestimmt und gemeinsam durchgeführt werden.

(4) Die Prüfinstitution informiert die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde und die Landesverbände der Pflegekassen unverzüglich über Erkenntnisse aus den Prüfungen, soweit diese zur Vorbereitung und Durchführung von aufsichtsrechtlichen Maßnahmen nach den heimrechtlichen Vorschriften erforderlich sind. Dies ist insbesondere gegeben

- bei einer akuten Gefährdung durch Pflegedefizite (z. B. Exsikkose, Mangelernährung, Dekubitalulcera),
- bei nicht gerechtfertigten freiheitseinschränkenden Maßnahmen,
- wenn die permanente Anwesenheit einer Pflegefachkraft nicht gewährleistet ist.

14 Prüfbericht

- (1) Die Prüfinstitution erstellt innerhalb von drei Wochen nach Durchführung der Qualitätsprüfung einen Prüfbericht, der den Gegenstand und das Ergebnis der Qualitätsprüfung und der Plausibilitätskontrolle enthält, die in der Prüfung festgestellten Sachverhalte nachvollziehbar beschreibt sowie die konkreten Empfehlungen der Prüfinstitution zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten auflistet. Sie versendet diesen an die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52 Absatz 1 SGB XI), an die betroffene Pflegeeinrichtung und an den zuständigen Sozialhilfeträger. Die Prüfinstitution versendet den Prüfbericht auch an die nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde. Die Prüfinstitution stellt den Landesverbänden der Pflegekassen gleichzeitig die nach der Qualitätsdarstellungsvereinbarung nach § 115 Absatz 1a SGB XI für eine Veröffentlichung erforderlichen Daten zur Verfügung.
- (2) Stellt die Prüfinstitution schwerwiegende Mängel fest, benachrichtigt er unverzüglich unter Schilderung des Sachverhaltes die Landesverbände der Pflegekassen (§ 52 Absatz 1 SGB XI).
- (3) Eine verbindliche Struktur für die Gestaltung und die Inhalte des Prüfberichtes für die vollstationäre Pflege ergibt sich aus **Anlage 9** (Struktur und Inhalte des Prüfberichtes für die vollstationäre Pflege).

Ein umfassendes Bild über die Qualität der Pflegeeinrichtung ergibt sich aus dem Prüfbericht, der nach der Prüfung erstellt wird. Ein im Rahmen der Prüfung festgestellter Qualitätsmangel wird im Prüfbericht unabhängig davon, wann dieser Mangel abgestellt wird, als solcher dokumentiert. Unter Berücksichtigung der Ist-Situation werden bei festgestellten Qualitätsdefiziten im Prüfbericht Empfehlungen über notwendige Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung gegeben.

15 Inkrafttreten der Richtlinien

- (1) Die Richtlinien treten zum 1. November 2019 in Kraft. Sie treten gleichzeitig mit der Qualitätsdarstellungsvereinbarung für den vollstationären Bereich nach § 115 Absatz 1a SGB XI in Kraft. Mit diesem Zeitpunkt tritt Teil 2 der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes über die Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität (Qualitätsprüfungs-Richtlinien – QPR) in der Fassung vom 27. September 2017 für den Bereich der vollstationären Pflege einschließlich der Kurzzeitpflege außer Kraft.

QPR – VOLLSTATIONÄRE PFLEGE

ANLAGE 1

**Prüfbogen A zur Beurteilung der personenbezogenen Versorgung
zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen
und deren Qualität nach § 114 SGB XI**

17. Dezember 2018

Prüfung bei der versorgten Person – Allgemeine Angaben

A	Angaben zur Prüfung	
1.	Auftragsnummer	
2.	Datum	
3.	Uhrzeit	
4.	Nummer Prüfbogen A	

B	Angaben zur versorgten Person		ja	nein
1.	Name			
2.	Pflegekasse			
3.	Pflege-/Wohnbereich			
4.	Geburtsdatum			
5.	Alter in Jahren			
6.	Einzugsdatum			
7.	aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung			
8.	personenbezogener Code (soweit vorhanden)			
9.	Plausibilitätsprüfung der Indikatoren-/Ergebniserfassung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Pflegegrad	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> kein Pflegegrad		
11.	<input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe A (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe B (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR) <input type="checkbox"/> versorgte Person aus der Subgruppe C (nach Ziffer 9.1 oder 9.3 der QPR)			
12.	Ist die versorgte Person mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. die Betreuerin oder der Betreuer oder eine bevollmächtigte Person)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	vorhandene Unterlagen			
14.	Kurzzeitpflegegast		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

C	Anwesende Personen	
1.	Name der Gutachterin oder des Gutachters:	
2.	Name der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung:	
3.	Funktion/Qualifikation der Mitarbeiterin oder des Mitarbeiters der Pflegeeinrichtung:	
4.	sonstige Personen (z. B. gesetzliche Betreuerin oder gesetzlicher Betreuer):	

Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

Die versorgte Person erhält bedarfsgerechte Unterstützung im Bereich der Mobilität und – sofern noch individuelle Ressourcen vorhanden sind und es ihren Bedürfnissen entspricht – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

Informationserfassung		
1.	Beeinträchtigungen (bitte ankreuzen)	Erläuterungen:
	<input type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett	<i>(Freitext)</i>
	<input type="checkbox"/> Aufstehen	
	<input type="checkbox"/> Halten einer stabilen Sitzposition	
	<input type="checkbox"/> Lageveränderung im Sitzen	
	<input type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	
	<input type="checkbox"/> Treppen steigen	
	<input type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten	
	<input type="checkbox"/> Kraft	
2.	Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung	
	<i>(Freitext)</i>	

Plausibilitätskontrolle	
1.	Stehen die Angaben zur Mobilität in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) <input type="checkbox"/> trifft nicht zu
2.	Stehen die Angaben zu gravierenden Sturzfolgen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) <input type="checkbox"/> trifft nicht zu

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist die Unterstützung der versorgten Person mit dem Ziel, verlorene Selbstständigkeit bei der Fortbewegung und Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit auszugleichen, mit Mobilitätseinbußen assoziierte Gefährdungen zu vermeiden sowie Mobilität zu erhalten und zu fördern.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn Beeinträchtigungen der Mobilität vorliegen. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Entspricht die Unterstützung bei der Mobilität dem individuellen Bedarf der versorgten Person?
2. Erhält die versorgte Person, wenn sie es wünscht, Unterstützung für Aufenthalte im Freien?
3. Wurden die vorliegenden Mobilitätsbeeinträchtigungen bei der Einschätzung gesundheitlicher Risiken berücksichtigt?
4. Entspricht die Unterstützung im Bereich der Mobilität den Erfordernissen, die aus der individuellen Risikosituation erwachsen?
5. Werden zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität durchgeführt, die auf die noch vorhandenen Fähigkeiten und Bedürfnisse der versorgten Person abgestimmt sind?

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite	
A	keine Auffälligkeiten <input type="checkbox"/>
B	Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
C	Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D	Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung**B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen**

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn in der Pflegedokumentation Mobilitätsbeeinträchtigungen unvollständig dargestellt werden, bei der Versorgung jedoch alle Beeinträchtigungen und die aus ihnen resultierenden Risiken berücksichtigt werden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- Mobilitätsbeeinträchtigungen bei der Frage nach erhöhtem Sturz- oder Dekubitusrisiko unberücksichtigt blieben.
- vorhandene Möglichkeiten zur Verbesserung der Mobilität nicht erkannt oder nicht genutzt werden.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine ausreichende Unterstützung der versorgten Person bei der Fortbewegung erfolgt.
- keine ausreichende Unterstützung der versorgten Person bei der Nutzung von Hilfsmitteln zur Fortbewegung erfolgt.
- die versorgte Person sich aufgrund fehlender Unterstützung nicht im Freien aufhalten kann, obwohl sie es möchte.

1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht ernährt. Eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme ist sichergestellt.

Informationserfassung																	
1.	Gewicht																
	<table border="1"> <tr> <td>aktuelles Gewicht</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gewicht vor drei Monaten</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Gewicht vor sechs Monaten</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Hinweise auf eine Gewichtsabnahme</td> <td>(Freitext)</td> </tr> <tr> <td>Größe (in cm)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>aktueller BMI*</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme</td> <td>(Freitext)</td> </tr> </table>	aktuelles Gewicht		Gewicht vor drei Monaten		Gewicht vor sechs Monaten		Hinweise auf eine Gewichtsabnahme	(Freitext)	Größe (in cm)		aktueller BMI*		Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	(Freitext)		
aktuelles Gewicht																	
Gewicht vor drei Monaten																	
Gewicht vor sechs Monaten																	
Hinweise auf eine Gewichtsabnahme	(Freitext)																
Größe (in cm)																	
aktueller BMI*																	
Beeinträchtigung im Bereich Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme	(Freitext)																
2.	Informationen zu Art und Umfang der künstlichen Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme:																
	<table border="1"> <tr> <td> <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde </td> <td> <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 </td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Nahrung kcal/24 h + Flussrate</td> <td>(Freitext)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Flüssigkeit ml/24 h + Flussrate</td> <td>(Freitext)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband</td> <td>(Freitext)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> subkutane Infusion</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> intravenöse Infusion</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Hilfsmittel</td> <td>(Freitext)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Sonstiges</td> <td>(Freitext)</td> </tr> </table>	<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	<input type="checkbox"/> Nahrung kcal/24 h + Flussrate	(Freitext)	<input type="checkbox"/> Flüssigkeit ml/24 h + Flussrate	(Freitext)	<input type="checkbox"/> Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband	(Freitext)	<input type="checkbox"/> subkutane Infusion		<input type="checkbox"/> intravenöse Infusion		<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	(Freitext)	<input type="checkbox"/> Sonstiges	(Freitext)
<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																
<input type="checkbox"/> Nahrung kcal/24 h + Flussrate	(Freitext)																
<input type="checkbox"/> Flüssigkeit ml/24 h + Flussrate	(Freitext)																
<input type="checkbox"/> Zustand der Sonde, Eintrittsstelle, Verband	(Freitext)																
<input type="checkbox"/> subkutane Infusion																	
<input type="checkbox"/> intravenöse Infusion																	
<input type="checkbox"/> Hilfsmittel	(Freitext)																
<input type="checkbox"/> Sonstiges	(Freitext)																

*Body Mass Index

Plausibilitätskontrolle	
1.	Stehen die Angaben zum Gewicht und den Faktoren, die das Gewicht beeinflussen, in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) <input type="checkbox"/> trifft nicht zu

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist die fachgerechte Unterstützung der versorgten Person bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung. Dies schließt die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten und anderen Berufsgruppen, sofern diese sich an der Unterstützung der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung der versorgten Person beteiligen, ein. Normativer Bezugspunkt für die Qualitätsbeurteilung ist der Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ in der aktuellen Fassung.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bei der Ernährung oder Flüssigkeitsaufnahme vorliegen. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Sind die Ernährungssituation inkl. Flüssigkeitsversorgung der versorgten Person sowie die Selbstständigkeit der versorgten Person in diesem Bereich fachgerecht erfasst worden?
2. Erfolgt eine ausreichende, bedürfnisgerechte Unterstützung der versorgten Person bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme?
3. Werden erforderliche Hilfsmittel zur Unterstützung der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme fachgerecht eingesetzt?

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite	
A	keine Auffälligkeiten <input type="checkbox"/>
B	Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
C	Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D	Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn die Selbstständigkeit bei der Nahrungsaufnahme in der Pflegedokumentation stärker eingeschränkt beschrieben wird als sie tatsächlich ist, bei der Versorgung jedoch alle Beeinträchtigungen und das daraus resultierende Risiko der Mangelernährung berücksichtigt wird.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- auf Anzeichen für eine reduzierte Nahrungsaufnahme und Flüssigkeitsaufnahme nicht reagiert wird.
- die Nahrung und Flüssigkeit nicht in einer Form angeboten wird, die auf die Beeinträchtigungen der versorgten Person abgestimmt ist.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine ausreichende Unterstützung der versorgten Person bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme erfolgt.
- die versorgte Person Anzeichen einer Dehydration zeigt.
- Wünsche der versorgten Person ignoriert werden, obwohl hierfür keine gesundheitlichen Gründe vorliegen.
- ein unerwünschter, gesundheitlich relevanter Gewichtsverlust vorliegt, den die Einrichtung zu verantworten hat.

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei Kontinenzverlust unterstützt. Ggf. vorhandene künstliche Ausgänge werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung	
Kontinenz	
Beeinträchtigungen der Harn- und Stuhlkontinenz	<i>(Freitext)</i>
Nutzung von	<input type="checkbox"/> suprapubischem Katheter <input type="checkbox"/> transurethralem Katheter Inkontinenzprodukten <input type="checkbox"/> offen <input type="checkbox"/> geschlossen <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln <input type="checkbox"/> Stoma <input type="checkbox"/> Sonstigem

Allgemeine Beschreibung

Gegenstand der Prüfung ist die fachgerechte Unterstützung der versorgten Person mit dem Ziel, Kontinenzverluste zu kompensieren und die Kontinenz der versorgten Person zu fördern. Zu prüfen ist dies sowohl hinsichtlich der Harn- als auch der Stuhlkontinenz. Normativer Bezugspunkt für die Qualitätsbeurteilung ist im Falle der Harninkontinenz der Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ in der aktuellen Fassung.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn ein Hilfebedarf im Bereich der Kontinenzförderung, der Kompensation von Kontinenzverlust oder der Versorgung künstlicher Ausgänge vorliegt. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Wurde die Kontinenz der versorgten Person zutreffend erfasst?
2. Werden geeignete Maßnahmen zum Kontinenzertalt, zur Unterstützung bei Kontinenzverlust oder beim Umgang mit künstlichen Ausgängen durchgeführt?
3. Werden erforderliche Hilfsmittel fachgerecht eingesetzt?

	Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite
A	keine Auffälligkeiten <input type="checkbox"/>
B	Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
C	Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D	Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn das Kontinenzprofil nicht ganz zutreffend dokumentiert ist, bei der Versorgung jedoch alle Beeinträchtigungen und das Ziel der Kontinenzförderung berücksichtigt werden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- wichtige Hygieneanforderungen nicht berücksichtigt werden, hierdurch aber noch keine Probleme entstanden sind.
- die individuelle Maßnahmenplanung nicht auf die Beeinträchtigungen der versorgten Person zugeschnitten ist.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- durch Vernachlässigung wichtiger Hygieneanforderungen Schädigungen der Haut eingetreten sind.
- die Durchführung der Maßnahmen nicht dem Bedarf entspricht.

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei ihrer Körperpflege unterstützt.

Informationserfassung	
Körperpflege	
Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit im Bereich der Körperpflege	(Freitext)

Plausibilitätskontrolle	
1.	Stehen die Angaben zur Selbstständigkeit bei der Selbstversorgung in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) <input type="checkbox"/> trifft nicht zu

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die notwendige Körperpflege bei der versorgten Person sichergestellt wird und ob die Maßnahmen zur Unterstützung dem Bedarf und den Wünschen der versorgten Person entsprechen. Die Körperpflege umfasst auch die Mund- und Zahnpflege. Zu prüfen ist ferner, ob auf Auffälligkeiten des Hautzustands fachgerecht reagiert wird.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bei der Körperpflege vorliegen. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Werden bedarfsgerechte Maßnahmen zur Unterstützung bei der Körperpflege durchgeführt?
2. Wurden etwaige Auffälligkeiten des Hautzustands beurteilt und wurde auf diese Auffälligkeiten fachgerecht reagiert?
3. Werden bei der Körperpflege Wünsche der versorgten Person, das Selbstbestimmungsrecht und der Grundsatz der Wahrung der Intimsphäre berücksichtigt?

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite	
A	keine Auffälligkeiten <input type="checkbox"/>
B	Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
C	Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D	Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn Wünsche der versorgten Person zur Durchführung der Körperpflege nicht systematisch ermittelt wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- auf einen auffälligen Hautzustand (Rötungen, Schuppungen) nicht reagiert wurde.
- Auffälligkeiten des Hautzustands bei der Einschätzung des Dekubitusrisikos unberücksichtigt blieben.
- grundlegende Hygieneanforderungen bei der Körperpflege nicht berücksichtigt werden.
- Ressourcen der versorgten Person bei der Körperpflege nicht bekannt sind.
- die individuelle Maßnahmenplanung keine Versorgung vorsieht, die dem Bedarf der versorgten Person entspricht.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- der Zustand der Haut, der Haare, der Fuß- oder Fingernägel auf eine unzureichende Körperpflege hinweist.
- die individuelle Versorgung nicht dem Bedarf der versorgten Person entspricht.
- individuelle Wünsche (Duschen, Baden, Waschen am Waschbecken, kaltes oder warmes Wasser etc.) der versorgten Person bei der Körperpflege nicht beachtet werden.
- die Intimsphäre der versorgten Person bei der Körperpflege nicht gewahrt wird (z. B. Abdecken von Körperpartien u. ä.).

Qualitätsbereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5

An- bzw. Verordnungen und therapiebedingte Anforderungen	
Ärztliche An- bzw. Verordnungen (bitte alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen auflisten)	(Freitext)
Zusammenfassende Einschätzung der Selbstständigkeit der versorgten Person im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen	(Freitext)

2.1 Medikamentöse Therapie

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird im Zusammenhang mit der Medikation fachgerecht unterstützt. Die Einnahme von Medikamenten entspricht den ärztlichen An- bzw. Verordnungen, und die Weiterleitung erforderlicher Informationen an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ist sichergestellt.

Informationserfassung	
Medikamentöse Therapie	
Informationen zur medikamentösen Therapie der versorgten Person (soweit verfügbar: Medikationsplan, Hinweise auf Neben-/ Wechselwirkungen, besondere ärztliche An- bzw. Verordnungen)	(Freitext)

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen sind hier die Maßnahmen zur Unterstützung der versorgten Person im Zusammenhang mit der individuellen Medikation, die Beachtung ärztlicher An- bzw. Verordnungen, die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen und die Reaktion auf etwaige Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der Medikation.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn Hilfebedarf beim Umgang mit Medikamenten vorliegt oder die Einrichtung Unterstützung bei der Einnahme/Applikation von Medikamenten leistet. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Entspricht die Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme der ärztlichen An- bzw. Verordnung?
2. Erfolgt die Lagerung und Vorbereitung der Medikamente fachgerecht?

3. Erhält die versorgte Person die ihrem Bedarf entsprechende Unterstützung zur Einnahme/ Applikation der Medikamente?

4. Entspricht die Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt den individuellen Erfordernissen?

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite	
A	keine Auffälligkeiten <input type="checkbox"/>
B	Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
C	Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D	Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn in der Pflegedokumentation Mitteilungen an die Ärztin oder den Arzt nicht lückenlos nachweisbar sind, von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern aber nachvollziehbar dargestellt werden können.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die Dokumentation ärztlich an- bzw. verordneter Medikamente und die entsprechende Maßnahmenplanung nicht den fachlichen Anforderungen entsprechen (Applikationsform, vollständige Bezeichnung von Medikament bzw. Wirkstoff, Dosierung, Häufigkeit, tageszeitliche Vorgaben).
- die Lagerung oder Vorbereitung der Medikamente Mängel aufweist (z. B. wenn gerichtete Medikamente nicht mit den Angaben in der Pflegedokumentation übereinstimmen, z. B. gleicher Inhaltsstoff und gleiche Dosierung, aber anderer Medikamentenname).
- die Medikamente nicht vorschriftsmäßig gekennzeichnet sind (z. B. Originalverpackungen oder Tropfenflaschen sind nicht mit dem Namen der versorgten Person beschriftet).
- subkutane und intramuskuläre Injektionen durch dazu nicht befähigte Pflegepersonen verabreicht werden.
- gesundheitliche Reaktionen, die mit der Medikation zusammenhängen könnten, nicht beachtet werden.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die versorgte Person ein nicht für sie bestimmtes Medikament erhalten hat.
- die Medikamentengabe/Applikation von der ärztlichen An- bzw. Verordnung abweicht (z. B. abweichende Dosierung), ohne dass hierfür nachvollziehbare, fachliche Gründe vorliegen.
- kognitiv beeinträchtigte versorgte Personen keine ausreichende Hilfestellung bei der Einnahme/Applikation der Medikation erhalten.
- versorgte Personen mit anderen Beeinträchtigungen keine ausreichende Hilfestellung bei der Einnahme/Applikation der Medikation erhalten, obwohl sie darauf angewiesen sind.

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Informationserfassung	
Schmerzmanagement	
Hat die versorgte Person akute oder chronische Schmerzen (einschließlich chronischer Schmerz, der aufgrund der aktuellen Schmerzmedikation abgeklungen ist)?	<input type="checkbox"/> ja, akute Schmerzen <input type="checkbox"/> ja, chronische Schmerzen <input type="checkbox"/> nein
Lokalisation	(Freitext)
Schmerzintensität	(Freitext)

Plausibilitätskontrolle	
1.	Stehen die Angaben zum Thema Schmerz in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) <input type="checkbox"/> trifft nicht zu

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist die Gesamtheit des pflegerischen Schmerzmanagements. Dies schließt die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten und anderen Berufsgruppen, sofern sie mit dem Ziel der Unterstützung der versorgten Person bei der Schmerzbewältigung tätig werden, mit ein. Normative Bezugspunkte für die Qualitätsbeurteilung sind die Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ und „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn die versorgte Person unter akuten oder chronischen Schmerzen leidet. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Ist die Schmerzsituation der versorgten Person fachgerecht erfasst worden?
2. Erhält die versorgte Person eine fachgerechte Unterstützung zur Schmerzbewältigung?

	Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite
A	keine Auffälligkeiten <input type="checkbox"/>
B	Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
C	Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D	Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn in der Pflegedokumentation ungenaue Angaben zur Schmerzsituation vorliegen, das Schmerzmanagement jedoch ansonsten fachgerecht erfolgt.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die Schmerzsituation in der Maßnahmenplanung nicht oder nicht ausreichend berücksichtigt wird, die versorgte Person aber dennoch wirksame Unterstützung erhält.
- wenn relevante Veränderungen der Schmerzsituation nicht dem behandelnden Arzt mitgeteilt wurden.
- etwaige Nebenwirkungen der Schmerzmedikation unbeachtet blieben.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- bei versorgten Personen mit akuten Schmerzen keine Maßnahmen zur Schmerzlinderung durchgeführt oder eingeleitet werden.
- Versorgte Personen mit chronischen Schmerzen die ärztlich an- bzw. verordneten Medikamente nicht erhalten.
- die ärztliche Therapie aufgrund fehlender Informationsübermittlung an die behandelnde Ärztin oder den behandelnden Arzt nicht der aktuellen Schmerzsituation der versorgten Person entspricht.

2.3 Wundversorgung

Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Informationserfassung																									
Beschreibung vorliegender Wunden																									
<p>Legende:</p> <table border="0"> <tr> <td>1 Hinterkopf</td> <td>10 Knie außen</td> </tr> <tr> <td>2 Ohrmuschel</td> <td>11 Kniescheibe</td> </tr> <tr> <td>3 Schulterblatt</td> <td>12 Knie innen</td> </tr> <tr> <td>4 Schulter</td> <td>13 Knöchel außen</td> </tr> <tr> <td>5 Brustbein</td> <td>14 Fersen</td> </tr> <tr> <td>6 Ellenbogen</td> <td>15 Knöchel innen</td> </tr> <tr> <td>7 Sacralbereich</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8 großer Rollhügel</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9 Gesäß</td> <td></td> </tr> </table>								1 Hinterkopf	10 Knie außen	2 Ohrmuschel	11 Kniescheibe	3 Schulterblatt	12 Knie innen	4 Schulter	13 Knöchel außen	5 Brustbein	14 Fersen	6 Ellenbogen	15 Knöchel innen	7 Sacralbereich		8 großer Rollhügel		9 Gesäß	
1 Hinterkopf	10 Knie außen																								
2 Ohrmuschel	11 Kniescheibe																								
3 Schulterblatt	12 Knie innen																								
4 Schulter	13 Knöchel außen																								
5 Brustbein	14 Fersen																								
6 Ellenbogen	15 Knöchel innen																								
7 Sacralbereich																									
8 großer Rollhügel																									
9 Gesäß																									
Wunde 1	Art	Decubitus	Ulcus Cruris	Diabeti- sches Fußsyn- drom	sonstige chronische Wunde	sonstige nicht chronische Wunde																			
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																			
a.	Größe/Tiefe	___ cm H x ___ cm B x ___ cm T																							
b.	Ort der Entstehung	Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/>	extern <input type="checkbox"/>		nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/>																				
c.	Datum der Entstehung					nicht nachvollziehbar <input type="checkbox"/>																			
d.	Lokalisation	Bitte Nummer laut Legende eintragen: ___ <input type="checkbox"/> links <input type="checkbox"/> rechts																							
e.	Kategorie/ Stadium	I <input type="checkbox"/>	II <input type="checkbox"/>	III <input type="checkbox"/>	IV <input type="checkbox"/>	a <input type="checkbox"/>	b <input type="checkbox"/>																		
f.	Umgebung	weiß <input type="checkbox"/>	rosig <input type="checkbox"/>	gerötet <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>																			
g.	Rand	rosig <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	hart <input type="checkbox"/>	schmerzhaft <input type="checkbox"/>																			
h.	Exsudat	kein <input type="checkbox"/>	wenig <input type="checkbox"/>	viel <input type="checkbox"/>	klar <input type="checkbox"/>																				
i.	Wundgrund	fest <input type="checkbox"/>	weich <input type="checkbox"/>	rosa <input type="checkbox"/>	rot <input type="checkbox"/>	gelb <input type="checkbox"/>																			
j.	Nekrose	keine <input type="checkbox"/>	feucht <input type="checkbox"/>	trocken <input type="checkbox"/>	teilweise <input type="checkbox"/>	vollständig <input type="checkbox"/>																			
k.	Geruch	kein <input type="checkbox"/>	übel riechend <input type="checkbox"/>																						

©Lisa Apfelbacher 2016

	Wundversorgung	Wunde 1	Wunde 2	Wunde 3	Wunde 4
	Verwendete Materialien zur Wundversorgung	(Freitext)	(Freitext)	(Freitext)	(Freitext)
	Sonstiges	(Freitext)	(Freitext)	(Freitext)	(Freitext)

Plausibilitätskontrolle	
1.	<p>Stehen die Angaben zum Thema Dekubitusentstehung in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen?</p> <p><input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) <input type="checkbox"/> trifft nicht zu</p>

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen sind pflegerische Maßnahmen der Wundversorgung, die begleitend zu ärztlichen An- bzw. Verordnungen bzw. darüber hinaus durchgeführt werden, sowie Maßnahmen, die auf ärztlichen An- bzw. Verordnungen beruhen. Normativer Bezugspunkt ist der Expertenstandard „Pflege von Menschen mit chronischen Wunden“ in der aktuellen Fassung.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn die versorgte Person eine Wunde aufweist. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Wurde die Wundsituation fachgerecht erfasst?
2. Erhält die versorgte Person eine fachgerechte Unterstützung bei der Wundversorgung?

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite	
A	keine Auffälligkeiten <input type="checkbox"/>
B	Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
C	Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D	Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn die Wunddokumentation geringfügige Ungenauigkeiten aufweist, die sich nicht auf die Wundversorgung auswirken.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- Veränderungen der Wundsituation nicht mit der Ärztin oder dem Arzt besprochen wurden.
- die Wundsituation unzureichend beschrieben ist.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die Wundsituation bei der individuellen Maßnahmenplanung nicht ausreichend berücksichtigt wird.
- Wundinfektionen aufgrund einer nicht fachgerechten Wundversorgung aufgetreten sind.

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung versorgt.

Informationserfassung	
Vorgefundener medizinisch-pflegerischer Bedarf, zu dem eine ärztliche An- bzw. Verordnung vorliegt:	
<input type="checkbox"/> Absaugen	
<input type="checkbox"/> Versorgung mit Beatmungsgerät	
<input type="checkbox"/> Sanierung von MRSA*-Trägern mit gesicherter Diagnose	
<input type="checkbox"/> Versorgung von Drainagen	
<input type="checkbox"/> Versorgung mit einem suprapubischen Katheter	
<input type="checkbox"/> perkutane endoskopische Gastrostomie (PEG)	
<input type="checkbox"/> Versorgung mit Colo-/Ileo-/Uro- oder sonstigem Stoma	
<input type="checkbox"/> Versorgung mit einer Trachealkanüle	
Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen	(Freitext)

*Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist die pflegerische Versorgung, die sich auf die oben genannten Bedarfslagen richtet. Dies schließt die Umsetzung ärztlicher An- bzw. Verordnungen und die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten und anderen Berufsgruppen mit ein. Die besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen sind weitgehend in Anlehnung an die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie

definiert. Hier wird auch die Versorgung von Eintrittsstellen bei invasiven Maßnahmen geprüft, auch wenn dafür keine An- bzw. Verordnung vorliegt.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn eine der oben genannten Bedarfslagen vorliegt. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?
2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?
3. Werden Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?
4. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens und etwaigen besonderen Anforderungen im Einzelfall?

	Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite
A	keine Auffälligkeiten <input type="checkbox"/>
B	Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
C	Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D	Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

Diese Bewertung trifft beispielsweise zu, wenn die Durchführung von Maßnahmen, etwa ein Verbandswechsel bei künstlichen Ausgängen, nicht durchgängig dokumentiert wurden.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- wichtige Vorgaben zur Versorgung in der schriftlichen Maßnahmenplanung nicht berücksichtigt sind (Z. B. bei Versorgung von Trachealkanülen: Erforderliche Hilfsmittel oder Angaben über die Häufigkeit und Art des Kanülenwechsels).
- die Maßnahmenplanung lückenhaft ist, aber nachvollziehbar ist, dass die betreffenden Maßnahmen durchgeführt worden sind.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- beim Absaugen oder bei der Stoma-Versorgung Hygieneanforderungen nicht ausreichend berücksichtigt werden.
- ärztliche An- bzw. Verordnungen nicht eingehalten werden.
- bei der Versorgung mit einer Trachealkanüle notwendige Maßnahmen nicht durchgeführt werden (Z. B. regelmäßiges Entfernen der liegenden Trachealkanüle, Reinigung und Pflege, Einsetzen und Fixieren der neuen Trachealkanüle).

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Im Folgenden werden die Feststellungen der Prüferin oder des Prüfers im Zusammenhang mit der Unterstützung der versorgten Person bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen, die nicht in die Bewertungen der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 eingeflossen sind, dokumentiert. Die Beurteilung erfolgt nicht in Form einer standardisierten Bewertung. Vielmehr ist zu entscheiden, ob die hier erfassten

- a) Auffälligkeiten für die Beratung der Einrichtung relevant sind
- b) Defizite für die Beratung relevant sind und für den Maßnahmenbescheid der Landesverbände der Pflegekassen relevant sein könnten.

Wurden durch die Prüferin oder den Prüfer Auffälligkeiten oder Defizite identifiziert, so sind diese aufzuführen und zu erläutern.

Die folgenden Punkte sind nur zu bearbeiten, wenn im Rahmen der Prüfung der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 Auffälligkeiten oder Defizite bei der Durchführung weiterer ärztlich angeordneter bzw. verordneter Maßnahmen festgestellt wurden, die nicht in die Bewertungen der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 eingeflossen sind. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Qualitätsaussage

Die versorgten Personen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung im Umgang mit sonstigen therapiebedingten Anforderungen unterstützt.

Informationserfassung	
Auffälligkeiten/Defizite	
Inhalt der ärztlichen An- bzw. Verordnungen, bei denen Auffälligkeiten oder Defizite festgestellt wurden	(Freitext)

Allgemeine Beschreibung

Zu beurteilen ist, ob die Versorgung den ärztlichen An- bzw. Verordnungen entspricht und ob hinsichtlich der Durchführung von Maßnahmen und der Kommunikation mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten Defizite oder Auffälligkeiten festgestellt worden sind.

Allgemeine Leitfragen

1. Werden Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt?
2. Ist im Bedarfsfall eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?
3. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens und etwaigen besonderen Anforderungen im Einzelfall?

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite	
	Auffälligkeiten, die für die Beratung der Pflegeeinrichtung relevant sind
	Defizite, die für die Beratung relevant sind und für den Maßnahmenbescheid der Pflegekasse relevant sein könnten

Qualitätsbereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit beeinträchtigter Sinneswahrnehmung werden in ihrem Alltagsleben und bei der Nutzung von Hilfsmitteln unterstützt.

Informationserfassung	
Sehvermögen der versorgten Person bei ausreichender Beleuchtung (auch unter Verwendung von Sehhilfen):	
<input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt (Gegenstände im Zimmer werden erkannt)	
<input type="checkbox"/> eingeschränkt (Gegenstände im Zimmer werden nur teilweise oder nicht erkannt)	
<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt (Person sieht nur Schatten/Konturen)	
<input type="checkbox"/> die versorgte Person ist blind	
<input type="checkbox"/> Beurteilung ist nicht möglich	
Hörvermögen der versorgten Person (auch unter Verwendung eines Hörgerätes):	
<input type="checkbox"/> nicht eingeschränkt (auch bei Nebengeräuschen kann die versorgte Person einzelne Personen verstehen)	
<input type="checkbox"/> eingeschränkt (die versorgte Person kann nur ohne Nebengeräusche einzelne Personen verstehen)	
<input type="checkbox"/> stark eingeschränkt (die versorgte Person kann nur sehr laute Geräusche hören, kein Sprachverständnis)	
<input type="checkbox"/> die versorgte Person ist gehörlos	
<input type="checkbox"/> Beurteilung ist nicht möglich	
Genutzte Hilfsmittel	
<i>(Freitext)</i>	

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist hier die Unterstützung der versorgten Person bei der Bewältigung und Kompensation von Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens und bei der Nutzung von Hilfsmitteln, die in diesem Zusammenhang relevant sind.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens vorliegen. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Wurden Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens erfasst und in ihren Folgen für den Lebensalltag zutreffend eingeschätzt (einschließlich ihrer Bedeutung für gesundheitliche Risiken)?
2. Werden Maßnahmen ergriffen, um die Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens zu kompensieren?
3. Werden geeignete Hilfsmittel zur Kompensation der Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens eingesetzt?

	Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite
A	keine Auffälligkeiten <input type="checkbox"/>
B	Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
C	Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D	Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

Diese Bewertung trifft zu, wenn sich beispielsweise nur lückenhafte Hinweise auf Erfassung von Sinnesbeeinträchtigungen in der Pflegedokumentation finden lassen, aber dennoch nachvollzogen werden kann, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Beeinträchtigungen kennen und geeignete Maßnahmen zur Verringerung von Risiken und Gefährdungen durchführen.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens nicht erkannt wurden.
- Veränderung des Seh- oder Hörvermögens im Zeitverlauf nicht überprüft werden.
- die Wohnumgebung nicht auf Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung zugeschnitten ist.
- Risiken und Gefährdungen, die mit den individuellen Beeinträchtigungen einhergehen, nicht oder nicht adäquat eingeschätzt wurden.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- benötigte Hilfsmittel nicht vorhanden, unzureichend angepasst oder nicht funktionsfähig sind.

- die Wohnumgebung nicht auf Beeinträchtigungen des Sehvermögens zugeschnitten ist und es hierdurch zu einem Sturzereignis gekommen ist.
- die versorgte Person keine Unterstützung erhält, die aufgrund der Beeinträchtigung der Sinneswahrnehmung erforderlich wäre.

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Qualitätsaussage

Die versorgten Personen werden dabei unterstützt, eine ihren Bedürfnissen und Beeinträchtigungen entsprechende Tagesstruktur zu entwickeln und umzusetzen. Der versorgten Person stehen Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung, die mit ihren Bedürfnissen in Einklang stehen. Sie wird bei der Nutzung dieser Möglichkeiten unterstützt. Versorgte Personen mit beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten werden in der Kommunikation, bei der Knüpfung und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte unterstützt.

	Informationserfassung
	Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte:
	<input type="checkbox"/> Tagesablauf gestalten und an Veränderungen anpassen
	<input type="checkbox"/> Ruhen und Schlafen
	<input type="checkbox"/> sich beschäftigen
	<input type="checkbox"/> in die Zukunft gerichtete Planungen vornehmen
	<input type="checkbox"/> Interaktion mit Personen im direkten Kontakt
	<input type="checkbox"/> Kontaktpflege zu Personen außerhalb des direkten Umfeldes
	Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen:
	<i>(Freitext)</i>
	Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag der versorgten Person (nur zu erfassen bei Personen mit beeinträchtigter Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte):
	<i>(Freitext)</i>

Plausibilitätskontrolle	
1.	Stehen die Angaben zur Selbstständigkeit der versorgten Person bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (Ergebniserfassung) in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) <input type="checkbox"/> trifft nicht zu
2.	Stehen die Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten der versorgten Person in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) <input type="checkbox"/> trifft nicht zu

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob für die versorgte Person eine individuelle Gestaltung des Tagesablaufs ermöglicht und gefördert wird, die ihren Bedürfnissen entspricht. Zu prüfen ist ferner, ob bei versorgten Personen, die kognitive oder psychische Beeinträchtigungen aufweisen, die Tagesstrukturierung zur Förderung von Orientierung und Wohlbefinden eingesetzt wird. Dabei ist auch zu prüfen, ob die versorgte Person bei der Auswahl und Durchführung bedürfnisgerechter Aktivitäten unterstützt wird, ebenso bei der Kommunikation mit vertrauten Bezugspersonen, Freunden oder Bekannten.

Leitfragen

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn Bedarf an Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung oder Kommunikation vorliegt. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

1. Sind die Interessen an Aktivitäten und Gewohnheiten der versorgten Person bekannt?
2. Wurde mit der versorgten Person (oder ihren Bezugspersonen) eine individuelle Tagesstrukturierung erarbeitet?
3. Orientieren sich pflegerische Versorgung und andere Hilfen an der individuell festgelegten Tagesstrukturierung und den Bedürfnissen der versorgten Person?
4. Erhält die versorgte Person Unterstützung dabei, bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Lebensalltag nachzugehen?

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite	
A	keine Auffälligkeiten <input type="checkbox"/>
B	Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
C	Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D	Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

Diese Bewertung trifft zu, wenn sich beispielsweise keine oder nur lückenhafte Hinweise auf die Ermittlung der relevanten Bedürfnisse der versorgten Person in der Pflegedokumentation finden lassen, aber aufgrund anderer Informationen nachvollzogen werden kann, dass die Bedürfnisse der versorgten Person bekannt sind und sich die Tagesstrukturierung daran ausrichtet.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- eine Tagesstrukturierung existiert, aber nicht schriftlich fixiert wurde (z. B. nur mündlich kommuniziert wird).
- nicht erkennbar ist, dass reflektiert oder praktisch überprüft wurde, ob durch eine Anpassung der Tagesstrukturierung emotionale Belastungen oder Verhaltensweisen der versorgten Person positiv beeinflusst werden können (falls ein entsprechender Bedarf besteht).
- die Bedürfnisse der versorgten Person nicht bekannt sind, weil die Einrichtung die im Einzelfall bestehenden Möglichkeiten zur Erfassung der Bedürfnisse nicht ausgeschöpft hat.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine Tagesstrukturierung existiert, obwohl die versorgte Person den Tag nicht selbstständig planen und ihre Planung umsetzen kann.
- keine Unterstützung der versorgten Person erfolgt, den Alltag gemäß der definierten Tagesstrukturierung zu gestalten.
- die vorliegende Tagesstrukturierung keinen Bezug zu den Bedürfnissen der versorgten Person aufweist.
- für die versorgte Person keine geeigneten, ihren Bedürfnissen und gesundheitlichen Beeinträchtigungen entsprechenden Beschäftigungsangebote existieren.

- von der versorgten Person gewünschte, geplante Aktivitäten aufgrund fehlender Unterstützung regelmäßig nicht durchgeführt werden können.
- die versorgte Person keine Unterstützung dabei erhält, an der Gemeinschaft mit anderen innerhalb der Einrichtung teilzunehmen.

3.3 Nächtliche Versorgung

Qualitätsaussage

Die Einrichtung leistet auch in der Nacht eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung.

	Informationserfassung	
	Nächtlicher Unterstützungsbedarf:	
	<i>(Freitext)</i>	

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist hier, inwieweit die Versorgung der versorgten Person auch die nächtlichen Problem- und Bedarfslagen berücksichtigt. Dies schließt Maßnahmen wie Lagerungen, Hilfen beim Toilettengang oder Inkontinenzversorgung ebenso ein wie den Umgang mit Verschiebungen/Umkehrungen des Rhythmus von Wachen und Schlafen oder mit Einschlafschwierigkeiten.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn ein nächtlicher Unterstützungsbedarf vorliegt. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Liegt eine aussagekräftige Bedarfseinschätzung und Maßnahmenplanung für die nächtliche Versorgung vor?
2. Wird bei bestehenden Ein- und Durchschlafschwierigkeiten eine darauf ausgerichtete Unterstützung geleistet?
3. Berücksichtigt die Maßnahmenplanung besondere Risikosituationen während der Nacht (z. B. bei Personen mit motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten)?

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite	
A	keine Auffälligkeiten <input type="checkbox"/>
B	Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
C	Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D	Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

Diese Bewertung trifft zu, wenn die Darstellung des nächtlichen Bedarfs in der Pflegedokumentation lückenhaft oder unzutreffend ist, aber eine dem individuellen Bedarf entsprechende Maßnahmenplanung vorliegt.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die versorgte Person regelmäßig Einschlafschwierigkeiten aufweist, die jedoch in der Maßnahmenplanung nicht berücksichtigt werden.
- verhaltensbedingte Risiken während der Nacht bei der Bedarfseinschätzung nicht erfasst worden sind.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine dem Bedarf entsprechende Maßnahmenplanung für die Nacht vorliegt.
- auf Nachtaktivität der versorgten Person oder Durchschlafprobleme nicht reagiert wird.
- notwendige Hilfen aufgrund personeller Engpässe wiederholt nicht geleistet werden konnten.

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wurde während der Eingewöhnung in die neue Lebensumgebung zielgerichtet unterstützt.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn die versorgte Person innerhalb der letzten 12 Monate eingezogen ist (Es gilt das Aufnahmedatum für die vollstationäre Pflege). Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Bei Kurzzeitpflegegästen, die sich bereits länger als zwei Tage in der Einrichtung aufhalten, sind die Fragen in jedem Fall zu bearbeiten

Informationserfassung	
Unterstützung nach Einzug	
Einzugsdatum	Datum
Datum des Integrationsgesprächs (soweit durchgeführt; entfällt bei KPf*)	Datum
Anpassung der Unterstützung während der ersten acht Wochen des stationären Aufenthalts (entfällt bei KPf*)	(Freitext)

*Kurzzeitpflege

Plausibilitätskontrolle	
1.	Stehen die Angaben zum Einzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs in der Ergebniserfassung in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) <input type="checkbox"/> trifft nicht zu

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist hier, ob die Einrichtung eine zielgerichtete Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase leistet. Hierzu gehören die Förderung des Wohlbefindens, des Sicherheitsgefühls der versorgten Person und der Integration in die neue Lebensumgebung. Ebenfalls eingeschlossen ist die zeitgerechte Vorbereitung der bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgung.

Leitfragen

1. Wurde vor dem Einzug oder kurzfristig (innerhalb von 24 Stunden) nach dem Einzug der versorgten Person eine Einschätzung vorgenommen, ob bzw. in welchen Punkten ein dringender Versorgungsbedarf besteht?

2. Bei Langzeitpflege:

Leistete die Einrichtung in den ersten Wochen nach dem Einzug zielgerichtete Unterstützung?

3. Bei Kurzzeitpflege:

Leistete die Einrichtung in den ersten Tagen nach der Aufnahme zielgerichtete Unterstützung?

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite	
A	keine Auffälligkeiten <input type="checkbox"/>
B	Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
C	Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D	Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung**B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen**

Diese Bewertung trifft zu, wenn die Dokumentation des Verlaufs der Eingewöhnungsphase und der geleisteten Hilfen lückenhaft ist, eine bedarfsgerechte Unterstützung der versorgten Person aber dennoch nachvollziehbar geleistet wurde.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- Informationen zu einem Versorgungsbedarf, der sofortige Reaktionen erforderlich macht, nicht spätestens innerhalb von 24 Stunden nach dem Einzug erfasst wurden (z. B. Medikation, Verhaltensweisen mit Selbst- oder Fremdgefährdungspotenzial, problematischer Hautzustand).
- ein Integrationsgespräch zwar stattfand, die Ergebnisse aber nicht verschriftlicht wurden.
- die Maßnahmenplanung die Unterstützung des Einlebens nicht berücksichtigte.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- nicht erkennbar ist, dass eine zielgerichtete Unterstützung zum Einleben überhaupt umgesetzt wurde.
- die Unterstützung zum Einleben sich auf das Integrationsgespräch beschränkte, wenngleich ein weitergehender Unterstützungsbedarf gegeben war.

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

Qualitätsaussage

Die Pflegeeinrichtung leistet im Rahmen ihrer Möglichkeiten einen Beitrag, im Falle notwendiger Krankenhausaufenthalte die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Belastungen der versorgten Person im Krankenhaus zu vermeiden.

	Informationserfassung (nur auszufüllen bei versorgten Personen mit Krankenhausaufenthalt in den letzten sechs Monaten)	
	Grund, Dauer und Häufigkeit von Krankenhausaufenthalten in den letzten sechs Monaten:	
	<i>(Freitext)</i>	

	Plausibilitätskontrolle	
1.	Entsprechen die Angaben zu Krankenhausaufenthalten im Erhebungsbogen für die Ergebniserfassung den Informationen aus anderen Informationsquellen? <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) <input type="checkbox"/> trifft nicht zu	

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen sind hier Maßnahmen, die die Pflegeeinrichtung ergreift, um den Übergang zwischen Pflegeeinrichtung und Krankenhaus für die versorgte Person fachlich angemessen zu gestalten, die Belastung für die versorgte Person infolge des Ortswechsels soweit wie möglich zu reduzieren und im Rahmen ihrer Möglichkeiten die Versorgungskontinuität sicherzustellen.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn die versorgte Person innerhalb der letzten sechs Monate in einem Krankenhaus behandelt wurde.

Leitfragen

1. Wurden dem Krankenhaus Informationen zum Gesundheitszustand, zum pflegerischen Versorgungsbedarf und zu den individuellen Bedürfnissen übermittelt?
2. Erfolgte eine Aktualisierung der Bedarfseinschätzung und bei Bedarf eine Anpassung der Maßnahmenplanung nach der Rückkehr der versorgten Person?

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite	
A	keine Auffälligkeiten <input type="checkbox"/>
B	Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
C	Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D	Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise eine erforderliche Umstellung der Maßnahmenplanung erst mit zeitlicher Verzögerung in die Pflegedokumentation aufgenommen wurde.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die Informationsweitergabe an das Krankenhaus nur mündlich erfolgte und der Krankenhausaufenthalt länger als zwei Tage andauerte.
- wenn eine Informationsübermittlung erfolgte, aber wichtige versorgungsrelevante Informationen fehlten (z. B. Hinweise auf ein bestehendes herausfordernd erlebtes Verhalten, notwendige Medikamenteneinnahme, besondere gesundheitliche Risiken, Tagesstrukturierung bei versorgten Personen mit kognitiven Beeinträchtigungen).
- die Maßnahmenplanung in der Pflegedokumentation nach Rückkehr der versorgten Person nicht angepasst wurde, obwohl sich der individuelle Pflegebedarf verändert hatte.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine Informationsweitergabe an das Krankenhaus erfolgte.
- die tatsächlich geleistete Unterstützung nach der Rückkehr aus dem Krankenhaus nicht an den aktuellen Bedarf angepasst wurde.

4.3 Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten erhalten eine ihren Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen entsprechende Unterstützung.

	Informationserfassung
	Verhaltensweisen und psychische Problemlagen:
	(Freitext)

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist hier die Unterstützung der versorgten Person mit herausfordernd erlebtem Verhalten, die darauf abzielt, Risiken zu vermeiden, das herausfordernd erlebte Verhalten einzugrenzen und das Wohlbefinden der versorgten Person aktiv zu fördern.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn die versorgte Person herausfordernd erlebtes Verhalten oder psychische Problemlagen zeigt. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Erfolgt eine Erfassung der Verhaltensweisen der versorgten Person und eine darauf aufbauende Einschätzung, ob aus dem Verhalten ein Unterstützungsbedarf erwächst?
2. Wurden verhaltenswirksame Faktoren identifiziert und Maßnahmen eingeleitet, um diese Faktoren zu begrenzen oder zu kompensieren?
3. Erhält die versorgte Person eine geeignete Unterstützung, um trotz der Verhaltensproblematik Bedürfnisse zu befriedigen und Wohlbefinden zu erleben?

	Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite
A	keine Auffälligkeiten <input type="checkbox"/>
B	Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
C	Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D	Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

Diese Bewertung trifft zu, wenn die Verhaltensweisen der versorgten Person nicht nachvollziehbar dokumentiert werden, das Verhalten der versorgten Person aber auch keinen nennenswerten Unterstützungsbedarf auslöst.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine zutreffende Erfassung von Verhaltensweisen erfolgte.
- eine Erfassung, aber keine Bewertung erfolgte, inwieweit die Verhaltensweisen für die versorgte Person ein Problem darstellen.
- keine Hinweise darauf vorliegen, dass versucht wurde, verhaltensrelevante Faktoren (z. B. umgebungsbedingte Überforderungen, Tagesstruktur, nächtliche Störungen, biografische Bezüge, Änderung der Medikation, Trauer etc.) zu identifizieren.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine Unterstützung erfolgt, die explizit auf die Verhaltensweisen der versorgten Person ausgerichtet ist.
- die Einrichtung ausschließlich mit aktivitätsbegrenzenden Maßnahmen reagiert, obwohl andere Hilfen bei der versorgten Person noch nicht zur Anwendung kamen und ihr Nutzen noch nicht bewertet wurde.

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Qualitätsaussage

Der Einsatz von Gurtfixierungen, Bettseitenteilen und anderen Fixierungen wird soweit wie möglich vermieden; im Falle eines Einsatzes werden die jeweils relevanten fachlichen Anforderungen beachtet.

Informationserfassung	
Einsatzdauer und Art der freiheitsentziehenden Maßnahmen, Begründung des Einsatzes aus der Sicht der Einrichtung:	
	<i>(Freitext)</i>
Einwilligung oder Vorliegen/Beantragung einer richterlichen Genehmigung bzw. einer richterlichen Anordnung:	
	<i>(Freitext)</i>

Bitte auch die unter 1.1 erfassten Mobilitätsbeeinträchtigungen berücksichtigen.

Plausibilitätskontrolle	
1.	Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Gurten in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) <input type="checkbox"/> trifft nicht zu
2.	Stehen die Angaben der Ergebniserfassung zur Anwendung von Bettseitenteilen in Einklang mit den Informationen aus anderen Quellen? <input type="checkbox"/> keine Auffälligkeiten festgestellt <input type="checkbox"/> Auffälligkeiten festgestellt (bitte angeben) <input type="checkbox"/> trifft nicht zu

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob freiheitsentziehende Maßnahmen soweit wie möglich durch alternative Maßnahmen ersetzt und in dem Fall, in dem sie nicht vermeidbar sind, fachgerecht angewendet werden. Es sind sowohl mechanische Fixierungen, Isolation als auch der Einsatz ruhigstellender Medikamente in die Prüfung einzubeziehen.

Erfasst wird außerdem, ob eine Einwilligung oder richterliche Genehmigung bzw. eine richterliche Anordnung vorliegt. Sollten bei einer freiheitsentziehenden Maßnahme keine Einwilligung oder richterliche Genehmigung bzw. keine richterliche Anordnung vorliegen, dann wird dies erfasst, fließt aber nicht in die Beurteilung ein, da es sich um eine ordnungsrechtliche Frage handelt, die die Prüferin oder der Prüfer nicht beurteilen sollte.

Die folgenden Fragen sind nur zu bearbeiten, wenn freiheitsentziehende Maßnahmen bei der versorgten Person aktuell eingesetzt werden oder in den letzten vier Wochen eingesetzt wurden. Anderenfalls weiter mit dem nächsten Qualitätsaspekt.

Leitfragen

1. Wird/wurde die Notwendigkeit der eingesetzten freiheitsentziehenden Maßnahme/n regelmäßig überprüft?
2. Erfolgt/e der Einsatz der Maßnahme/n fachgerecht?

Bewertung der Auffälligkeiten und Defizite	
A	keine Auffälligkeiten <input type="checkbox"/>
B	Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen
C	Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person
D	Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Hinweise zur Bewertung

B) Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise Zeitpunkt und Art der Maßnahme in der Pflegedokumentation ungenau bezeichnet sind.

C) Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- keine regelmäßige Überprüfung der Notwendigkeit erfolgt, freiheitsentziehende Maßnahmen weiterhin einzusetzen, oder das Ergebnis dieser Überprüfung nicht dokumentiert ist.
- die Vermeidung von Gefährdungen durch den Einsatz von Gurtfixierungen (z. B. Verrutschen des Gurtes, Schadhafteigkeit des Gurtsystems oder der Polsterungen, Behinderung der Atmung) nicht sichergestellt ist.

D) Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertung trifft zu, wenn beispielsweise

- die Einschätzung der Gefährdung, mit der der Einsatz der durchgeführten freiheitsentziehenden Maßnahmen begründet ist, nicht nachvollziehbar ist.
 - der vermeintliche Wunsch der versorgten Person, durchgehende Bettseitenteile einzusetzen, nicht durch die versorgte Person selbst bestätigt wird (bei kognitiv unbeeinträchtigten Personen).
 - keine Begleitung/Überwachung einer Gurtfixierung nachgewiesen werden kann.
-

QPR – VOLLSTATIONÄRE PFLEGE

ANLAGE 2

Prüfbogen B zur Beurteilung auf Einrichtungsebene zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI

17. Dezember 2018

Prüfung auf Einrichtungsebene – Allgemeine Angaben

D	Angaben zur Einrichtung	
1.	Auftragsnummer	
2.	Name	
3.	Straße	
4.	PLZ/Ort	
5.	Institutionskennzeichen (IK)	1. 2. 3. 4.
6.	Telefon	
7.	Fax	
8.	E-Mail	
9.	Internet-Adresse	
10.	Träger/Inhaber	
11.	Trägerart	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln
12.	ggf. Verband	
13.	Einrichtungsart	<input type="checkbox"/> vollstationär <input type="checkbox"/> solitäre Kurzzeitpflege
14.	Datum Abschluss Versorgungs- vertrag	
15.	Datum Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung	
16.	Name der Einrichtungsleitung	
17.	Name der verantwortlichen Pflegefachkraft	
18.	Name der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft	
19.	ggf. vorhandene Zweigstellen	
20.	Name der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS*	
21.	E-Mail der Ansprechpartnerin oder des Ansprechpartners für die DCS*	

*Datenclearingstelle

E	Angaben zur Prüfung		
1.	Auftraggeber/zuständiger Landesverband der Pflegekassen	<input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> IKK	<input type="checkbox"/> KNAPPSCHAFT <input type="checkbox"/> LKK <input type="checkbox"/> vdek
2.	Prüfung durch	<input type="checkbox"/> MDK	<input type="checkbox"/> PKV-Prüfdienst
3.	Datum	von TT.MM.JJJJ	bis TT.MM.JJJJ
		4.	Uhrzeit
	1. Tag	von	bis
	2. Tag	von	bis
	3. Tag	von	bis
5.	Gesprächspartnerin oder Gesprächspartner der stationären Pflegeeinrichtung	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/>	
6.	Prüferin oder Prüfer	<hr/> <hr/> <hr/>	
7.	An der Prüfung Beteiligte	Namen	
	<input type="checkbox"/> Pflegekasse	<hr/>	
	<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger	<hr/>	
	<input type="checkbox"/> nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	<hr/>	
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	<hr/>	
	<input type="checkbox"/> Trägerverband	<hr/>	
	<input type="checkbox"/> Sonstige: welche?	<hr/>	
8.	Ansprechpartnerin oder Ansprechpartner des MDK/ PKV-Prüfdienstes für die DCS*	Name <hr/> <hr/> E-Mailadresse <hr/> <hr/>	

*Datenclearingstelle

F		Prüfauftrag nach § 114 SGB XI	
1.	<input type="checkbox"/> Regelprüfung		
2.	<input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Beschwerde durch versorgte Person, Angehörige o. ä.) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise)		
3.	<input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Regelprüfung <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Anlassprüfung		
4.	<input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung		
5.	Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI	TT.MM.JJJJ	
6.	Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	TT.MM.JJJJ	
	<input type="checkbox"/> nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde		
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt		
	<input type="checkbox"/> Sonstige		
	<input type="checkbox"/> keine Angaben		

G				Art der Einrichtung und Versorgungssituation	
vorgehaltene Plätze		Vollstationäre Pflege		Kurzzeitpflege	
belegte Plätze		vollstationäre Pflege (Langzeit):	eingestreute Kurzzeitpflege:		

H		Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Struktur der Wohn- und Pflegebereiche						
Wohn-/ Pflegebereich	Bereich auf einer Ebene	Anzahl versorgte Personen	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad					
			kein Pflegegrad	1	2	3	4	5
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							
	<input type="checkbox"/> ja <input type="checkbox"/> nein							
	Summe							

I		Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Anzahl versorgte Personen mit	
1.	Wachkoma		
2.	Beatmungspflicht		
3.	Dekubitus		
4.	Blasenkatheter		
5.	PEG-Sonde		
6.	Fixierung		
7.	Kontraktur		
8.	vollständiger Immobilität		
9.	Tracheostoma		
10.	multiresistenten Erregern		

J Nach Angabe der Pflegeeinrichtung: Zusammensetzung Personal
(direkt in der Einrichtung Beschäftigte; ohne Mitarbeitende externer Leistungserbringer)

Pflege

Funktion/Qualifikation	Vollzeit (<input type="checkbox"/> Stunden/ Woche)	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		Personal gesamt
	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang	Stellen in Vollzeit

Pflege

verantwortliche Pflegefachkraft						
stellv. verantwortliche Pflegefachkraft						
Altenpfleger/in						
Gesundheits- und Krankenpfleger/in						
Gesundheits- und Kinderkranken- pfleger/in						
Heilerziehungspfleger/in						
Krankenpflegehelfer/in						
Altenpflegehelfer/in						
angelernte Kräfte						
Auszubildende						
Bundesfreiwilligendienst-Leistende						
Freiwilliges soziales Jahr						
Sonstige						
zusätzliches Personal nach PpSG (§ 8 Abs. 6 SGB XI)						

Betreuung

Sozialpädagogin/Sozialpädagoge						
Sozialarbeiter/in						
Ergotherapeuten/ Beschäftigungstherapeuten						
Sonstige						
zusätzliche Betreuungskräfte nach § 43b SGB XI						

Hauswirtschaftliche Versorgung

hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3 jährige Ausbildung oder Studium)						
Hilfskräfte und angelernte Kräfte						
Sonstige						

Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität

Qualitätsaussage

Die versorgte Person erhält bedarfsgerechte Unterstützung im Bereich der Mobilität und – sofern noch individuelle Ressourcen vorhanden sind und es den Bedürfnissen der versorgten Person entspricht – zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität.

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite		<input type="checkbox"/> entfällt
Auffälligkeiten <i>(bitte erläutern)</i>		
Defizit mit Risiko negativer Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen
Defizit mit negativen Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen

Anmerkungen	

1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht ernährt. Eine ausreichende Flüssigkeitsaufnahme ist sichergestellt.

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite		<input type="checkbox"/> entfällt
Auffälligkeiten <i>(bitte erläutern)</i>		
Defizit mit Risiko negativer Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen
Defizit mit negativen Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen

Anmerkungen

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei Kontinenzverlust unterstützt. Ggf. vorhandene künstliche Ausgänge werden fachgerecht versorgt.

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite		<input type="checkbox"/> entfällt
Auffälligkeiten <i>(bitte erläutern)</i>		
Defizit mit Risiko negativer Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen
Defizit mit negativen Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen

Anmerkungen	

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird bedarfs- und bedürfnisgerecht bei ihrer Körperpflege unterstützt.

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite		<input type="checkbox"/> entfällt
Auffälligkeiten <i>(bitte erläutern)</i>		
Defizit mit Risiko negativer Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen
Defizit mit negativen Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen

Anmerkungen

Qualitätsbereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

2.1 Medikamentöse Therapie

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wird im Zusammenhang mit der Medikation fachgerecht unterstützt. Die Einnahme von Medikamenten entspricht den ärztlichen An- bzw. Verordnungen und die Weiterleitung erforderlicher Informationen an die behandelnden Ärztinnen und Ärzte ist sichergestellt.

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite		<input type="checkbox"/> entfällt
Auffälligkeiten <i>(bitte erläutern)</i>		
Defizit mit Risiko negativer Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen
Defizit mit negativen Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen

Anmerkungen	

2.2 Schmerzmanagement

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit Schmerzen erhalten ein fachgerechtes Schmerzmanagement.

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite		<input type="checkbox"/> entfällt
Auffälligkeiten <i>(bitte erläutern)</i>		
Defizit mit Risiko negativer Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen
Defizit mit negativen Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen

Anmerkungen	

2.3 Wundversorgung

Qualitätsaussage

Die Wunden von versorgten Personen werden fachgerecht versorgt.

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite		<input type="checkbox"/> entfällt
Auffälligkeiten <i>(bitte erläutern)</i>		
Defizit mit Risiko negativer Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen
Defizit mit negativen Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen

Anmerkungen

2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung versorgt.

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite		<input type="checkbox"/> entfällt
Auffälligkeiten <i>(bitte erläutern)</i>		
Defizit mit Risiko negativer Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen
Defizit mit negativen Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen

Anmerkungen	

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Qualitätsaussage

Die versorgten Personen werden bedarfsgerecht und entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung im Umgang mit sonstigen therapiebedingten Anforderungen unterstützt.

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite		<input type="checkbox"/> entfällt
Auffälligkeiten <i>(bitte erläutern)</i>		
Defizit mit Risiko negativer Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen
Defizit mit negativen Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen

Anmerkungen	

Qualitätsbereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte

3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen der Sinneswahrnehmung

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit beeinträchtigter Sinneswahrnehmung werden in ihrem Alltagsleben und bei der Nutzung von Hilfsmitteln unterstützt.

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite		<input type="checkbox"/> entfällt
Auffälligkeiten <i>(bitte erläutern)</i>		
Defizit mit Risiko negativer Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen
Defizit mit negativen Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen

Anmerkungen

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Qualitätsaussage

Die versorgten Personen werden dabei unterstützt, eine ihren Bedürfnissen und Beeinträchtigungen entsprechende Tagesstruktur zu entwickeln und umzusetzen. Der versorgten Person stehen Beschäftigungsmöglichkeiten zur Verfügung, die mit ihren Bedürfnissen in Einklang stehen. Sie wird bei der Nutzung dieser Möglichkeiten unterstützt. Versorgte Personen mit beeinträchtigten kommunikativen Fähigkeiten werden in der Kommunikation, bei der Knüpfung und der Aufrechterhaltung sozialer Kontakte unterstützt.

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite		<input type="checkbox"/> entfällt
Auffälligkeiten <i>(bitte erläutern)</i>		
Defizit mit Risiko negativer Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen
Defizit mit negativen Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen

Anmerkungen	

3.3 Nächtliche Versorgung

Qualitätsaussage

Die Einrichtung leistet auch in der Nacht eine bedarfs- und bedürfnisgerechte Versorgung.

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite		<input type="checkbox"/> entfällt
Auffälligkeiten <i>(bitte erläutern)</i>		
Defizit mit Risiko negativer Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen
Defizit mit negativen Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen

Anmerkungen	

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

Qualitätsaussage

Die versorgte Person wurde während der Eingewöhnung in die neue Lebensumgebung zielgerichtet unterstützt.

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite		<input type="checkbox"/> entfällt
Auffälligkeiten <i>(bitte erläutern)</i>		
Defizit mit Risiko negativer Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen
Defizit mit negativen Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen

Anmerkungen	

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

Qualitätsaussage

Die Pflegeeinrichtung leistet im Rahmen ihrer Möglichkeiten einen Beitrag, im Falle notwendiger Krankenhausaufenthalte die Versorgungskontinuität sicherzustellen und Belastungen der versorgten Person im Krankenhaus zu vermeiden.

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite		<input type="checkbox"/> entfällt
Auffälligkeiten <i>(bitte erläutern)</i>		
Defizit mit Risiko negativer Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen
Defizit mit negativen Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen

Anmerkungen	

4.3 Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen

Qualitätsaussage

Versorgte Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten erhalten eine ihren Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen entsprechende Unterstützung.

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite		<input type="checkbox"/> entfällt
Auffälligkeiten <i>(bitte erläutern)</i>		
Defizit mit Risiko negativer Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen
Defizit mit negativen Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen

Anmerkungen	

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Qualitätsaussage

Der Einsatz von Gurtfixierungen, Bettseitenteilen und anderen Maßnahmen mechanischer Fixierung wird soweit wie möglich vermieden; im Falle eines Einsatzes werden die jeweils relevanten fachlichen Anforderungen beachtet.

Gesamtbeurteilung der Auffälligkeiten und Defizite		<input type="checkbox"/> entfällt
Auffälligkeiten <i>(bitte erläutern)</i>		
Defizit mit Risiko negativer Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen
Defizit mit negativen Folgen <i>(bitte erläutern und bewerten)</i>		Anzahl versorgte Personen

Anmerkungen	

Qualitätsbereich 5: Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen

Grundlage der Beurteilung sind hier die Feststellungen, die die Prüferinnen und Prüfer bereits bei anderen Qualitätsaspekten getroffen haben. Weitergehende Feststellungen sind nicht vorgesehen. Das Prüfteam trägt die relevanten Feststellungen zum jeweiligen Thema zusammen und bewertet diese für die Einrichtung als Ganzes.

5.1 Abwehr von Risiken und Gefährdungen

Qualitätsaussage

Gesundheitliche Risiken und Gefährdungen der versorgten Person werden zuverlässig eingeschätzt. Entsprechend der individuellen Risikosituation werden Maßnahmen zur Reduzierung von Risiken und zur Vermeidung von Gefährdungen unter Beachtung der Bedürfnisse der versorgten Person geplant und umgesetzt.

Informationserfassung

Zur Beurteilung dieses Qualitätsaspekts sind im Regelfall keine umfangreichen, zusätzlichen Informationen erforderlich. Gesundheitliche Risiken und Gefährdungen wurden bei den anderen Qualitätsaspekten direkt oder indirekt erfasst, beispielsweise bei den folgenden Themen:

- Mobilität
- Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
- Körperpflege
- Wundversorgung
- medikamentöse Therapie
- Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen.

Das Prüfteam sollte alle relevanten Feststellungen nutzen, die bei der Prüfung auf der Ebene der personenbezogenen Versorgung gemacht worden sind.

Allgemeine Beschreibung

Zu beurteilen sind hier die Auffälligkeiten und Defizite, die im Rahmen der personenbezogenen Prüfung in Bezug auf die Einschätzung von Risiken und Gefährdungen, die damit verbundene Maßnahmenplanung und die Umsetzung der geplanten Maßnahmen festgestellt wurden.

Leitfrage

1. Erfolgen in der Einrichtung eine fachgerechte Risikoerfassung sowie eine fachgerechte Planung und Umsetzung von Maßnahmen zur Reduzierung von Risiken und Vermeidung von Gefährdungen der versorgten Person?

Abwehr von Risiken und Gefährdungen	
<input type="checkbox"/> keine Defizite festgestellt	<input type="checkbox"/> Defizite festgestellt <i>(bitte angeben)</i>

5.2 Biografieorientierte Unterstützung

Qualitätsaussage

Die Unterstützung der versorgten Personen orientiert sich an individuell bedeutsamen Ereignissen oder Erfahrungen im Lebensverlauf. Die persönlichen Bezüge der versorgten Person zu solchen Ereignissen und Erfahrungen werden genutzt, um den Alltag bedürfnisgerecht zu gestalten, positive Emotionen zu fördern und – insbesondere bei kognitiv beeinträchtigten Personen – die Bereitschaft zu Kommunikation und Aktivität zu fördern.

Informationserfassung

Zu nutzen sind die Feststellungen der Prüferin oder des Prüfers zu anderen Qualitätsaspekten, insbesondere:

- Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation
- Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase
- Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen

Allgemeine Beschreibung

Hier ist die Frage zu beurteilen, ob eine biografieorientierte Unterstützung in der Einrichtung im Sinne der oben angeführten Qualitätsaussage gewährleistet ist.

Leitfrage

1. Werden bei der Unterstützung der versorgten Personen biografische Aspekte berücksichtigt und werden – wenn dies angezeigt ist – Möglichkeiten, Bezüge auf bedeutsame Ereignisse oder Erfahrungen im Lebensverlauf herzustellen, genutzt?

Biografieorientierte Unterstützung	
	<input type="checkbox"/> keine Defizite festgestellt <input type="checkbox"/> Defizite festgestellt <i>(bitte angeben)</i>

5.3 Einhaltung von Hygieneanforderungen

Qualitätsaussage

Grundlegende Hygieneanforderungen werden eingehalten und umgesetzt.

Informationserfassung

Zu nutzen sind die Feststellungen der Prüferin oder des Prüfers zu anderen Qualitätsaspekten, insbesondere:

- Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung
- Körperpflege
- Wundversorgung
- Besondere medizinisch-pflegerische Bedarfslagen

Allgemeine Beschreibung

Zu beurteilen sind hier die Auffälligkeiten und Defizite, die im Rahmen der personenbezogenen Prüfung in Bezug auf das hygienische Handeln der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter festgestellt wurden.

Leitfrage

1. Werden in der Einrichtung die grundlegenden Hygieneanforderungen eingehalten?

Einhaltung von Hygieneanforderungen	
<input type="checkbox"/>	keine Defizite festgestellt
<input type="checkbox"/>	Defizite festgestellt <i>(bitte angeben)</i>

5.4 Hilfsmittelversorgung

Qualitätsaussage

Die Einrichtung leistet für die versorgte Person eine fachgerechte Unterstützung bei der Nutzung von Hilfsmitteln.

Informationserfassung

Zu nutzen sind die Feststellungen der Prüferin oder des Prüfers zu anderen Qualitätsaspekten, insbesondere:

- Unterstützung im Bereich der Mobilität
- Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
- Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung
- Unterstützung bei der Körperpflege
- Unterstützung bei Beeinträchtigungen in der Sinneswahrnehmung
- Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

Allgemeine Beschreibung

Zu beurteilen sind hier die Auffälligkeiten und Defizite, die im Rahmen der personenbezogenen Prüfung in Bezug auf die oben genannten Qualitätsaspekte festgestellt wurden.

Leitfrage

1. Erfolgt in der Einrichtung eine fachgerechte Unterstützung der versorgten Personen im Bereich Hilfsmittelversorgung?

Hilfsmittelversorgung
<input type="checkbox"/> keine Defizite festgestellt <input type="checkbox"/> Defizite festgestellt <i>(bitte angeben)</i>

5.5 Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit

Qualitätsaussage

Die Einrichtung gewährt den Schutz von Persönlichkeitsrechten und die Unversehrtheit der versorgten Person.

Informationserfassung

Zu nutzen sind die Feststellungen der Prüferin oder des Prüfers zu anderen Qualitätsaspekten, insbesondere zu folgenden:

- Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung
- Körperpflege
- freiheitsentziehende Maßnahmen
- Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen

Allgemeine Beschreibung

Zu beurteilen sind hier die Auffälligkeiten und Defizite, die im Rahmen der personenbezogenen Prüfung in Bezug auf den Schutz von Persönlichkeitsrechten und die Unversehrtheit festgestellt wurden.

Leitfrage

1. Gewährleistet die Einrichtung den Schutz von Persönlichkeitsrechten und die Unversehrtheit der versorgten Person?

Schutz von Persönlichkeitsrechten und Unversehrtheit	
	<input type="checkbox"/> keine Defizite festgestellt <input type="checkbox"/> Defizite festgestellt <i>(bitte angeben)</i>

Qualitätsbereich 6: Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement

6.1 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachkraft

Qualitätsaussage

Die Einrichtung hält qualifizierte Leitungskräfte vor. Die verantwortliche Pflegefachkraft nimmt ihre Aufgaben zur Gewährleistung von Fachlichkeit und einer angemessenen Dienstorganisation wahr.

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Anforderungen an die Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft und deren Stellvertretung sowie Anforderungen an die Regelung ihrer Aufgabenbereiche erfüllt werden. Zu prüfen ist ferner, ob die verantwortliche Pflegefachkraft ihre Aufgaben wahrnimmt und ob sie für eine angemessene Dienstorganisation Sorge trägt.

Informationserfassung	
Umfang der wöchentlichen Arbeitszeit der verantwortlichen Pflegefachkraft und ihrer Stellvertretung in dieser Pflegeeinrichtung (wöchentlicher Stundenumfang)	(Freitext)
Stundenumfang, in dem die verantwortliche Pflegefachkraft und ihre Stellvertretung in der Pflege tätig sind	(Freitext)

Prüffragen	ja	nein
1. Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über die notwendige Qualifikation und Erfahrung (Pflegefachkraft, ausreichende Berufserfahrung, Weiterbildung zum Erwerb einer formalen Leitungsqualifikation)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Ist die Stellvertretung der verantwortlichen Pflegefachkraft eine Pflegefachkraft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Steht die verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Steht die stellvertretende verantwortliche Pflegefachkraft in einem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Verfügt die verantwortliche Pflegefachkraft über genügend Zeit für die Wahrnehmung ihrer Aufgaben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für eine fachgerechte Planung, Durchführung und Evaluation der Pflegeprozesse?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Sorgt die verantwortliche Pflegefachkraft für die Ausrichtung der Dienstplanung am Pflegebedarf und den Qualifikationsanforderungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Erläuterungen zu den nicht erfüllten Anforderungen
Ziffer	Erläuterung

6.2 Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen

(entfällt bei Prüfungen von solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen)

Qualitätsaussage

Die Einrichtung sorgt für geeignete Rahmenbedingungen für ein würdevolles Sterben und Abschiednehmen. Dies schließt auch den respektvollen Umgang mit Verstorbenen ein. Die Unterstützung berücksichtigt den individuellen biografischen, kulturellen und religiösen Hintergrund sowie die individuellen Wünsche und Vorstellungen Sterbender und ihrer Angehörigen. Sie orientiert sich an dem Ziel, bestmögliche Lebensqualität in der letzten Lebensphase herzustellen.

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist hier, ob die Einrichtung über ein aussagekräftiges Konzept sowie nachvollziehbare Verfahrens- und Zuständigkeitsregelungen verfügt, um im Rahmen ihrer Einwirkungsmöglichkeiten ein würdevolles Sterben und Abschiednehmen zu ermöglichen.

	Prüffragen	ja	nein
1.	Liegt ein schriftliches Konzept für die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Gibt es Regelungen für die Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen (z. B. Palliativdienste, Hospizinitiativen) und namentlich bekannte Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für solche Einrichtungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Ist konzeptionell geregelt, dass die Wünsche der versorgten Person und der Angehörigen für den Fall einer gesundheitlichen Krise und des Versterbens erfasst werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Ist konzeptionell geregelt, dass Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt sind und jederzeit verfügbar sind?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Ist konzeptionell geregelt, dass im Sterbefall eine direkte Information der Angehörigen entsprechend den von ihnen hinterlegten Wünschen erfolgt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Erläuterungen zu den nicht erfüllten Anforderungen	
Ziffer	Erläuterung

6.3 Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten

Qualitätsaussage

Die Einrichtung verfügt über ein systematisches Qualitätsmanagement und reagiert zeitnah und mit angemessenen Maßnahmen auf Qualitätsdefizite. Es gibt definierte Verfahren zur Auswertung und Nutzung von Qualitätskennzahlen.

Informationserfassung	
Qualitätsdefizite, die bei der letzten externen Prüfung festgestellt wurden oder danach auftraten	(Freitext)
Interne Maßnahmen zur Identifizierung etwaiger Qualitätsdefizite	(Freitext)
Aktuelle Maßnahmen zur Behebung von Qualitätsdefiziten	(Freitext)

Allgemeine Beschreibung

Zu prüfen ist, ob die Einrichtung im Rahmen des internen Qualitätsmanagements Qualitätsdefizite erfasst und Maßnahmen zur Behebung plant und durchführt. Als Grundlage für die Prüfung dienen Prüfergebnisse vorangegangener externer Prüfungen und die aktuellen Indikatoren für Ergebnisqualität.

Prüffragen	ja	nein	t. n. z.
1. Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2. Werden Qualitätsdefizite systematisch bewertet und bei Bedarf bearbeitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hat die Einrichtung geeignete Maßnahmen eingeleitet, um schlechte Versorgungsergebnisse (Qualitätsindikatoren) zu verbessern?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Werden Maßnahmen zur Qualitätssicherung evaluiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Erläuterungen zu den nicht erfüllten Anforderungen	
Ziffer	Erläuterung

QPR – VOLLSTATIONÄRE PFLEGE

ANLAGE 3

Prüfbogen C Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle zur Beurteilung der personenbezogenen Versorgung zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI

17. Dezember 2018

Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle

Ein Bereich ist in der Regel dann als „kritischer Bereich“ zu bewerten, wenn **bei mindestens zwei versorgten Personen** (Ausnahme: Erhebungsreport) unzutreffende Angaben über das Versorgungsergebnis festgestellt wurden (siehe Anlage 6, Bewertung von Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle). Unter „Erläuterungen“ ist nachvollziehbar zu beschreiben, weshalb die Plausibilität in Frage gestellt wird. Hier sollten auch Schwachstellen der Ergebniserfassung beschrieben werden, wenn „Auffälligkeit festgestellt“ angekreuzt wurde.

Auffälligkeiten im Erhebungsreport	
<input type="checkbox"/>	keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>	Auffälligkeit festgestellt
<input type="checkbox"/>	kritischer Bereich (hier: ab drei Personen)
Erläuterungen:	

Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

Angaben zur Mobilität (1.1)	
<input type="checkbox"/>	keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>	Auffälligkeit festgestellt
<input type="checkbox"/>	kritischer Bereich
Erläuterungen:	

Angaben zu gravierenden Sturzfolgen (1.1)	
<input type="checkbox"/>	keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>	Auffälligkeit festgestellt
<input type="checkbox"/>	kritischer Bereich
Erläuterungen:	

Angaben zu Gewichtsverlust und zu den Faktoren, die das Gewicht beeinflussen (1.2)	
<input type="checkbox"/>	keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>	Auffälligkeit festgestellt
<input type="checkbox"/>	kritischer Bereich
Erläuterungen:	

Angaben zur Selbstständigkeit bei der Selbstversorgung (1.4)	
<input type="checkbox"/>	keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>	Auffälligkeit festgestellt
<input type="checkbox"/>	kritischer Bereich
	Erläuterungen:

Qualitätsbereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

Angaben zum Thema Schmerz (2.2)	
<input type="checkbox"/>	keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>	Auffälligkeit festgestellt
<input type="checkbox"/>	kritischer Bereich
	Erläuterungen:

Angaben zur Dekubitusentstehung (2.3)	
<input type="checkbox"/>	keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>	Auffälligkeit festgestellt
<input type="checkbox"/>	kritischer Bereich
	Erläuterungen:

Qualitätsbereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte

Angaben zur Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (3.2)	
<input type="checkbox"/>	keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>	Auffälligkeit festgestellt
<input type="checkbox"/>	kritischer Bereich
	Erläuterungen:

Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (3.2)	
<input type="checkbox"/>	keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>	Auffälligkeit festgestellt
<input type="checkbox"/>	kritischer Bereich
	Erläuterungen:

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

Angaben zum Heimeinzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs (4.1)	
<input type="checkbox"/>	keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>	Auffälligkeit festgestellt
<input type="checkbox"/>	kritischer Bereich
	Erläuterungen:

Angaben zu Krankenhausaufenthalten (4.2)	
<input type="checkbox"/>	keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>	Auffälligkeit festgestellt
<input type="checkbox"/>	kritischer Bereich
	Erläuterungen:

Angaben zur Anwendung von Gurten (4.4)	
<input type="checkbox"/>	keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>	Auffälligkeit festgestellt
<input type="checkbox"/>	kritischer Bereich
	Erläuterungen:

Angaben zur Anwendung von Bettseitenteilen (4.4)	
<input type="checkbox"/>	keine Auffälligkeiten
<input type="checkbox"/>	Auffälligkeit festgestellt
<input type="checkbox"/>	kritischer Bereich
	Erläuterungen:

Sonstige Anmerkungen oder Empfehlungen	
	<i>(Freitext)</i>

QPR – VOLLSTATIONÄRE PFLEGE

ANLAGE 4

Erläuterungen zu den Prüfbögen A „Beurteilung der personenbezogenen Versorgung“ und B „Beurteilung auf der Einrichtungsebene“ zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI

17. Dezember 2018

Inhalt

Allgemeine Hinweise	98
Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung	99
1.1 Unterstützung im Bereich der Mobilität	99
1.2 Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung	100
1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung	101
1.4 Unterstützung bei der Körperpflege	102
Qualitätsbereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen	103
Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5	103
2.1 Medikamentöse Therapie	103
2.2 Schmerzmanagement	104
2.3 Wundversorgung	105
2.4 Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen	106
2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen	107
Qualitätsbereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte	108
3.1 Unterstützung bei Beeinträchtigungen in der Sinneswahrnehmung	108
3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation	109
3.3 Nächtliche Versorgung	110
Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen	111
4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug	111
4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten	112
4.3 Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen	113
4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen	114
Qualitätsbereich 5: Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen	115
Qualitätsbereich 6: Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement	116
6.1 Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachkraft	116
6.2 Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen	117
6.3 Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten	118

Allgemeine Hinweise

Die vorliegenden Erläuterungen enthalten ergänzende Hinweise für die Prüferin oder den Prüfer, die sie oder ihn darin unterstützen sollen, die Prüfbögen entsprechend der vorliegenden Regularien für das Prüfverfahren auszufüllen. Die Prüfbögen selbst enthalten bereits relativ ausführliche Hinweise, die zur Interpretation von Begriffen hilfreich sein können oder die eine Hilfestellung bei der konkreten Qualitätsbewertung geben.

Der besseren Übersicht halber sind die Erläuterungen zu den einzelnen Qualitätsaspekten gleich aufgebaut. Am Beginn steht ein Hinweis zum Gegenstand der Prüfung, der auch im Prüfbogen vorzufinden ist. Danach folgen Erläuterungen zur Informationserfassung sowie zu den Leitfragen. Nicht immer sind Erläuterungen zur Informationserfassung erforderlich, deshalb bleiben die betreffenden Textfelder zum Teil leer.

Sollte es bei einem Qualitätsaspekt wichtig sein, Definitionen o. ä. außerhalb dieser Struktur ausführlich darzustellen, so ist das an entsprechender Stelle kenntlich gemacht.

Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung zur Erfüllung der jeweiligen Qualitätsaspekte werden als Vermerk „abweichende fachliche Einschätzung“ als Freitext formuliert.

Hinweise zur Informationserfassung

Mit der Informationserfassung verschafft sich die Prüferin oder der Prüfer zunächst einen Überblick über den Bedarf und die Versorgungssituation der Person. Anhand verschiedener Informationsquellen werden die Lebenssituation, die gesundheitliche Situation, Ressourcen und Beeinträchtigungen, Gefährdungen usw. erfasst. Welche Informationen für den jeweiligen Qualitätsaspekt benötigt werden, ist im Prüfbogen angegeben. Der Prüfbogen enthält zum Teil standardisierte Antwortvorgaben, durch die die Informationserfassung in einem Ankreuzverfahren vorgenommen werden kann. Häufig findet sich aber auch die Anforderung, Angaben im Freitext zu machen.

In diesem Zusammenhang ist wichtig, dass die Prüferin oder der Prüfer nicht jedes Detail dokumentieren muss, das beobachtet wird. Vielmehr geht es darum, *charakteristische Merkmale der Versorgungssituation und des individuellen Bedarfs* festzuhalten. Eine differenzierte Beschreibung von Defiziten und die damit verbundene Qualitätsbewertung werden unter der Bewertung der Leitfragen vorgenommen.

Plausibilitätskontrolle

Erläuterungen der Plausibilitätskontrolle finden sich in der Anlage 6 Bewertung der Plausibilitätskontrolle.

Einbeziehung von Kurzzeitpflegegästen

Verfügt die Einrichtung über eingestreute Kurzzeitpflegeplätze und ist ein Kurzzeitpflegegast⁵ Teil der Stichprobe, so wird die Prüfung bis auf wenige Details wie im Falle einer vollstationär versorgten Person durchgeführt. Es gibt nur wenige inhaltliche Anpassungen, die im Prüfbogen vermerkt sind.

Erfolgt die Prüfung in solitären Kurzzeitpflegeeinrichtungen, so wird das vorliegende Instrumentarium ebenfalls verwendet.

⁵ Zur sprachlichen Vereinfachung wird im weiteren Text auf die Verwendung des Begriffes Kurzzeitpflegegäste verzichtet und der Begriff versorgte Person bzw. Person genutzt.

Qualitätsbereich 1: Unterstützung bei der Mobilität und Selbstversorgung

(Anlage 1, Prüfbogen A Beurteilung der personenbezogenen Versorgung)

1.1. Unterstützung im Bereich der Mobilität

Zu prüfen ist die Unterstützung der versorgten Person mit dem Ziel, verlorene Selbstständigkeit bei der Fortbewegung und Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit auszugleichen, mit Mobilitätseinbußen assoziierte Gefährdungen zu vermeiden sowie Mobilität zu erhalten und zu fördern.

Hinweise zur Informationserfassung

Erläuterungen in Form von Freitext: Das betreffende Textfeld ist dazu zu nutzen, Besonderheiten zu dokumentieren, beispielsweise vorliegende Paresen oder andere Beeinträchtigungen, die für die Mobilität eine besondere Bedeutung haben.

Hilfsmittel: Es genügt, die im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung genutzten Hilfsmittel zu benennen. Nähere Angaben zur Nutzung der Hilfsmittel sind an dieser Stelle nicht zusätzlich erforderlich.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Entspricht die Unterstützung bei der Mobilität dem individuellen Bedarf der versorgten Person?

Zu beurteilen ist,

- ob die individuelle Maßnahmenplanung die aktuellen Fähigkeiten und Beeinträchtigungen der Mobilität der versorgten Person berücksichtigt.
- ob die versorgte Person über die von ihr ggf. benötigten Hilfsmittel verfügt und Unterstützung bei der Nutzung dieser Hilfsmittel erhält, sofern sie nicht selbstständig mit ihnen umgehen kann. Zu beurteilen ist hierbei vorrangig die Anpassung der Hilfsmittel und die Zugänglichkeit der Hilfsmittel für die versorgte Person.

2. Erhält die versorgte Person, wenn sie es wünscht, Unterstützung für Aufenthalte im Freien?

Bei Personen, die keine Auskunft geben können, sollte beurteilt werden, ob die Einrichtung die betreffenden Bedürfnisse einschätzt und bei der Maßnahmenplanung berücksichtigt. Sind die Äußerungen der Person nicht interpretierbar, sollte davon ausgegangen werden, dass ein Aufenthalt im Freien nicht täglich, aber mehrfach wöchentlich ermöglicht werden sollte, wenn das Wetter und die gesundheitliche Situation dies zulassen.

3. Wurden die vorliegenden Mobilitätsbeeinträchtigungen bei der Einschätzung gesundheitlicher Risiken berücksichtigt?

Es ist zu beurteilen, ob die mit den Mobilitätseinschränkungen einhergehenden Risiken (Dekubitus, Stürze, Funktionsbeeinträchtigung der Gelenke und ggf. weitere Risiken) ggf. unter Zuhilfenahme einer Risikokala pflegefachlich eingeschätzt worden sind.

4. Entspricht die Unterstützung im Bereich der Mobilität den Erfordernissen, die aus der individuellen Risikosituation erwachsen?

Zu beurteilen ist hier die Frage, ob die individuellen Maßnahmen zur Dekubitus- und Sturzprophylaxe sowie Maßnahmen zur Vermeidung von Funktionsbeeinträchtigungen der Gelenke erfasst und durchgeführt werden. Bei versorgten Personen mit anderen Gefährdungen, beispielsweise mit respiratorischen Problemen, sind auch darauf bezogene Maßnahmen (hier z. B. zur Unterstützung der Atmung) zu berücksichtigen.

5. Werden zielgerichtete Maßnahmen zur Erhaltung und Förderung der Mobilität durchgeführt, die auf die noch vorhandenen Fähigkeiten und Bedürfnisse der versorgten Person abgestimmt sind?

Die Frage ist mit „ja“ zu beantworten, wenn Maßnahmen geplant und mindestens zweimal wöchentlich durchgeführt werden. Die Frage ist nur bei Personen relevant, die noch über Ressourcen im Bereich der Mobilität verfügen und motiviert sind, Aktivitäten mit dem Ziel der Erhaltung von Mobilität durchzuführen.

1.2	Unterstützung bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung
------------	---

Zu prüfen ist die fachgerechte Unterstützung der versorgten Person bei der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung. Dies schließt die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten und anderen Berufsgruppen, sofern diese sich an der Unterstützung der Ernährung und Flüssigkeitsversorgung der Person beteiligen, mit ein. Normativer Bezugspunkt für die Qualitätsbeurteilung ist der Expertenstandard „Ernährungsmanagement zur Sicherung und Förderung der oralen Ernährung in der Pflege“ in der aktuellen Fassung.

	Hinweise zur Informationserfassung
--	------------------------------------

Die geforderten Hinweise auf eine Gewichtsabnahme (Freitext) sollten bekannte Ursachen für die Gewichtsabnahme berücksichtigen. Auch ist anzugeben, inwieweit die Gewichtsabnahme ärztlich begleitet bzw. beobachtet wird. Für den Fall, dass der Gewichtsverlauf nicht in der vorgesehenen Form erfasst werden kann (aktuell – vor drei Monaten – vor sechs Monaten), ist er in Form von Freitext zu beschreiben.

	Hinweise zu den Leitfragen
--	----------------------------

1. Sind die Ernährungssituation inkl. Flüssigkeitsversorgung der versorgten Person sowie ihre Selbstständigkeit in diesem Bereich fachgerecht erfasst worden?

Es ist zu beurteilen, ob eine fachgerechte Einschätzung der Ernährungssituation hinsichtlich Anzeichen oder dem Vorliegen einer etwaigen Mangelernährung und unzureichenden Flüssigkeitsaufnahme (z. B. unauffällige, trockene Schleimhäute, stehende Hautfalten), Nahrungsmittelunverträglichkeiten sowie ein etwaiges Aspirationsrisiko vorliegt.

2. Erfolgt eine ausreichende, bedürfnisgerechte Unterstützung der versorgten Person bei der Nahrungs- und Flüssigkeitsaufnahme?

Es ist zu beurteilen,

- ob bei der individuellen Maßnahmenplanung die unter Punkt 1 angesprochene aktuelle Ernährungssituation berücksichtigt ist und die Maßnahmen durchgeführt werden.
- ob Wünsche der versorgten Person zur Ernährung ermittelt und bei der Durchführung von Maßnahmen berücksichtigt werden.
- ob die Entwicklung der Ernährungssituation der versorgten Person beobachtet und bei auffälligen Veränderungen Kontakt zur behandelnden Ärztin oder zum behandelnden Arzt aufgenommen wird.

3. Werden erforderliche Hilfsmittel zur Unterstützung der Ernährung und Flüssigkeitsaufnahme fachgerecht eingesetzt?

Es ist zu beurteilen,

- ob der versorgten Person entsprechend der Einschätzung der Ernährungssituation inkl. der Flüssigkeitsversorgung und der damit einhergehenden Risiken geeignete Hilfsmittel zur Verfügung stehen.
- ob die Hilfsmittel, soweit möglich, individuell angepasst sind.
- ob die versorgte Person jederzeit, ggf. mit Unterstützung durch eine Pflegekraft, die Hilfsmittel nutzen kann. Bei der Beurteilung sind die beschränkten Einflussmöglichkeiten von Pflegeeinrichtungen auf die Beschaffung von Hilfsmitteln zu berücksichtigen. Die Prüferin oder der Prüfer sollte sich im Gespräch und mit der Inaugenscheinnahme der versorgten Person und ihres Zimmers ein eigenes Bild über das Vorhandensein, die Verfügbarkeit und den Einsatz der Hilfsmittel machen und bei der Beurteilung berücksichtigen.

1.3 Unterstützung bei Kontinenzverlust, Kontinenzförderung

Gegenstand der Prüfung ist die fachgerechte Unterstützung der versorgten Person mit dem Ziel, Kontinenzverluste zu kompensieren und die Kontinenz zu fördern. Zu prüfen ist dies sowohl hinsichtlich der Harn- als auch der Stuhlkontinenz. Normativer Bezugspunkt für die Qualitätsbeurteilung ist im Falle der Harnkontinenz der Expertenstandard „Förderung der Harnkontinenz in der Pflege“ in der aktuellen Fassung.

Hinweise zur Informationserfassung

Liegen Beeinträchtigungen der Harn- oder Stuhlkontinenz vor, so sind diese in komprimierter Form darzustellen.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Wurde die Kontinenz der versorgten Person zutreffend erfasst?

Es ist zu beurteilen, ob eine fachgerechte Einschätzung vorliegt, die den aktuellen Status der Kontinenz zutreffend und nachvollziehbar abbildet. Im Fall der Harnkontinenz ist eine Darstellung des jeweiligen Kontinenzprofils gemäß Expertenstandard zu erwarten. Der Nachweis erfolgt anhand entsprechender Einträge in der Pflegedokumentation, die durch Angaben der Mitarbeiterinnen oder Mitarbeiter der Einrichtung ergänzt werden können.

2. Werden geeignete Maßnahmen zum Kontinenzertahl, zur Unterstützung bei Kontinenzverlust oder beim Umgang mit künstlichen Ausgängen durchgeführt?

Zu beurteilen ist,

- ob die individuelle Maßnahmenplanung die festgestellten Beeinträchtigungen der Kontinenz berücksichtigt und die Maßnahmen durchgeführt werden.
- ob etwaige Wünsche der versorgten Personen ermittelt und bei der Durchführung von Maßnahmen berücksichtigt werden.
- ob die Entwicklung der Kontinenz beobachtet wird und im Falle auffälliger Veränderungen Kontakt zur behandelnden Ärztin oder zum behandelnden Arzt aufgenommen wird.

3. Werden erforderliche Hilfsmittel fachgerecht eingesetzt?

Es ist zu beurteilen,

- ob der versorgten Person entsprechend dem Kontinenzprofil geeignete Hilfsmittel zur Verfügung stehen.
- ob die Hilfsmittel, soweit möglich, individuell angepasst sind.
- ob die versorgte Person jederzeit, ggf. mit Unterstützung durch eine Pflegekraft, die Hilfsmittel nutzen kann.

Bei der Beurteilung der erforderlichen Hilfsmittel sind die beschränkten Einflussmöglichkeiten von Pflegeeinrichtungen auf die Beschaffung von Hilfsmitteln zu berücksichtigen.

1.4 Unterstützung bei der Körperpflege

Zu prüfen ist, ob die notwendige Körperpflege bei der versorgten Person sichergestellt wird und ob die Maßnahmen zur Unterstützung dem Bedarf und den Wünschen der Person entsprechen. Die Körperpflege umfasst auch die Mund- und Zahnpflege. Zu prüfen ist ferner, ob auf Auffälligkeiten des Hautzustands fachgerecht reagiert wird.

Hinweise zur Informationserfassung

Es ist anzugeben, bei welchen Aktivitäten im Bereich der Körperpflege eine Beeinträchtigung der Selbstständigkeit besteht (ggf. „bei allen Aktivitäten“).

Hinweise zu den Leitfragen**1. Werden bedarfsgerechte Maßnahmen zur Unterstützung bei der Körperpflege durchgeführt?**

Zu beurteilen ist,

- ob die individuelle Maßnahmenplanung eine bedarfsgerechte Unterstützung bei der Körperpflege gewährleistet und die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt werden (einschließlich Mund- und Zahnpflege).
- ob grundlegende hygienische Anforderungen an die Körperpflege beachtet werden.
- ob der Zustand der Haut, der Haare und der Fuß- und Fingernägel sowie die Mund- und Zahngesundheit im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung angemessen ist.

2. Wurden etwaige Auffälligkeiten des Hautzustands beurteilt und wurde auf diese Auffälligkeiten fachgerecht reagiert?

Angesprochen sind hier beispielsweise Auffälligkeiten wie Rötungen, Schuppungen, übermäßig trockene oder feuchte Haut. Zu überprüfen ist, ob die mit diesen Auffälligkeiten verbundenen Risiken und fachlichen Anforderungen berücksichtigt werden. Damit angesprochen ist die Einschätzung des Dekubitusrisikos, die Durchführung der pflegerischen Maßnahmen und – wenn die Auffälligkeiten auf schwerwiegende pathologische Veränderungen hindeuten – ggf. auch die Kommunikation mit der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt.

3. Werden bei der Körperpflege die Wünsche der versorgten Personen, das Selbstbestimmungsrecht und der Grundsatz der Wahrung der Intimsphäre berücksichtigt?

Zu beurteilen ist, ob Wünsche der versorgten Person ermittelt und in der Maßnahmenplanung und Durchführung der Pflege berücksichtigt werden.

Die Frage sollte vorrangig im Gespräch mit der Person überprüft werden. Ist das nicht möglich, sollten Einzelheiten der Körperpflege im Fachgespräch mit den Mitarbeiterinnen oder den Mitarbeitern erfasst und beurteilt werden.

Qualitätsbereich 2: Unterstützung bei der Bewältigung von krankheits- und therapiebedingten Anforderungen und Belastungen

(Anlage 1, Prüfbogen A Beurteilung der personenbezogenen Versorgung)

Allgemeine Informationserfassung zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.5
Es sind alle aktuellen ärztlichen An- bzw. Verordnungen in Form von Freitext aufzuführen. Bei der zusammenfassenden Einschätzung der Selbstständigkeit im Umgang mit therapiebedingten Anforderungen ist anzugeben, welche körperlich, kognitiv oder psychisch bedingten Beeinträchtigungen den Unterstützungsbedarf in diesem Bereich verursachen.

2.1	Medikamentöse Therapie
Zu prüfen sind hier die Maßnahmen zur Unterstützung der versorgten Person im Zusammenhang mit der individuellen Medikation, die Beachtung ärztlicher An- bzw. Verordnungen, die Kommunikation mit anderen Berufsgruppen und die Reaktion auf etwaige Nebenwirkungen im Zusammenhang mit der Medikation.	

Hinweise zur Informationserfassung

/

Hinweise zu den Leitfragen

1. Entspricht die Unterstützung bei der Medikamenteneinnahme der ärztlichen Verordnung?

Die Überprüfung schließt auch die Bedarfsmedikation ein.

2. Erfolgt die Lagerung und Vorbereitung der Medikamente fachgerecht?

Die Lagerung und Vorbereitung der Medikamente ist fachgerecht, wenn

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

3. Erhält die versorgte Person die ihrem Bedarf entsprechende Unterstützung zur Einnahme/Applikation der Medikamente?

Zu prüfen ist hier,

- ob besondere ärztliche Anordnungen vorliegen und die Versorgung diesen Anordnungen folgt,
- ob mögliche Nebenwirkungen der Medikamente beobachtet und beurteilt werden und bei auffälligen Veränderungen Kontakt zur behandelnden Ärztin oder zum behandelnden Arzt aufgenommen wird.

4. Entspricht die Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt den individuellen Erfordernissen?

Bei dieser Frage sind die für die jeweilige versorgte Person relevanten Erfordernisse zu beachten, die sich je nach Erkrankung bzw. je nach Therapie unterscheiden können.

2.2	Schmerzmanagement
------------	--------------------------

Zu prüfen ist die Gesamtheit des pflegerischen Schmerzmanagements. Dies schließt die Zusammenarbeit mit der Ärztin oder dem Arzt und anderen Berufsgruppen, sofern sie mit dem Ziel der Unterstützung der versorgten Person bei der Schmerzbewältigung tätig werden, mit ein. Normative Bezugspunkte für die Qualitätsbeurteilung sind die Expertenstandards „Schmerzmanagement in der Pflege bei akuten Schmerzen“ und „Schmerzmanagement in der Pflege bei chronischen Schmerzen“ in der jeweils aktuellen Fassung.

	Hinweise zur Informationserfassung
--	------------------------------------

/

	Hinweise zu den Leitfragen
--	----------------------------

1. Ist die Schmerzsituation der versorgten Person fachgerecht erfasst worden?

Es ist zu beurteilen, ob bei Bedarf eine differenzierte Schmerzeinschätzung mit Berücksichtigung der Schmerzintensität, -lokalisation, der zeitlichen Dimension und der Konsequenzen für den Lebensalltag vorliegt.

2. Erhält die versorgte Person eine fachgerechte Unterstützung zur Schmerzbewältigung?

Zu beurteilen ist hier,

- ob die individuelle Maßnahmenplanung bei vorliegenden chronischen Schmerzen die Schmerzsituation berücksichtigt.
- ob die Gabe von Schmerzmedikamenten der ärztlichen An- bzw. Verordnung entspricht.
- ob relevante Veränderungen der Schmerzsituation, die Wirkung von Schmerzmedikamenten und schmerzmittelbedingten Nebenwirkungen beobachtet und bei Bedarf der behandelnden Ärztin oder dem behandelnden Arzt mitgeteilt werden.

Zu berücksichtigen sind hier wie auch an verschiedenen anderen Stellen die Grenzen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung, insbesondere im Hinblick auf das ärztliche An- bzw. Ordnungsverhalten.

2.3 Wundversorgung

Zu prüfen sind pflegerische Maßnahmen der Wundversorgung, die begleitend zu ärztlichen Anordnungen bzw. darüber hinaus durchgeführt werden, sowie Maßnahmen, die auf ärztlichen Anordnungen beruhen. Normativer Bezugspunkt ist der Expertenstandard „Pflegerische Versorgung von Menschen mit chronischen Wunden“ in der aktuellen Fassung.

Hinweise zur Informationserfassung

/

Hinweise zu den Leitfragen

1. Wurde die Wundsituation fachgerecht erfasst?

Es ist zu beurteilen, ob eine fachgerechte Einschätzung der Wundsituation hinsichtlich der in der Wundbeschreibung aufgeführten Aspekte vorliegt.

2. Erhält die versorgte Person eine fachgerechte Unterstützung bei der Wundversorgung?

Zu beurteilen ist hier,

- ob die individuelle Maßnahmenplanung zur Wundversorgung die aktuelle Wundsituation berücksichtigt.
- ob die Versorgung entsprechend der ärztlichen Anordnungen erfolgt.
- ob der Heilungsprozess beobachtet und bei auffälligen Veränderungen oder fehlenden Fortschritten im Heilungsprozess Kontakt zur behandelnden Ärztin oder zum behandelnden Arzt aufgenommen wird.
- ob die Wundversorgung hygienische Anforderungen berücksichtigt.

2.4	Unterstützung bei besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen
------------	--

Zu prüfen ist die pflegerische Versorgung, die sich auf die in der Anlage 1, Prüfbogen A Beurteilung der individuellen Versorgung, aufgeführten Bedarfslagen bezieht. Dies schließt die Umsetzung ärztlicher An- bzw. Verordnungen sowie die Zusammenarbeit mit Ärztinnen und Ärzten und anderen Berufsgruppen mit ein. Die besonderen medizinisch-pflegerischen Bedarfslagen sind weitgehend in Anlehnung an die Häusliche Krankenpflege-Richtlinie definiert. Hier wird auch die Versorgung von Eintrittsstellen bei invasiven Maßnahmen geprüft, auch wenn dafür keine An- bzw. Verordnung vorliegt.

Hinweise zur Informationserfassung

Unter „Besondere ärztliche Anordnungen zu den oben genannten Bedarfslagen“ sind nur dann Eintragungen vorzunehmen, wenn die ärztlichen Anordnungen ein besonderes, auf den Einzelfall abgestimmtes Vorgehen vorsehen.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden die Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung erbracht?

Zur Beurteilung ist die Verfügbarkeit der ärztlichen An- bzw. Verordnung erforderlich. Auf Basis der Befragung der versorgten Person, des Fachgesprächs mit den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung und der Pflegedokumentation ist zu beurteilen, ob die Durchführung der An- bzw. Verordnung entspricht.

2. Ist im Bedarfsfall (z. B. bei gesundheitlichen Veränderungen oder kurz vor Ablauf des An- bzw. Verordnungszeitraums) eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?

Zu beurteilen ist bei dieser Frage, ob die Einrichtung erkennbar den Versuch unternommen hat, über Sachverhalte, die die An- bzw. Verordnung betreffen, mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu kommunizieren. Neben gesundheitlichen Veränderungen und dem Ende des Versorgungszeitraums sollten auch Unklarheiten im Zusammenhang mit der ärztlichen An- bzw. Verordnung Anlass sein, die Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt zu suchen.

3. Werden Qualifikationsanforderungen berücksichtigt?

Bei dieser Frage geht es darum, ob die an- bzw. verordneten Maßnahmen von Pflegefachkräften durchgeführt werden und ob eine etwaige Beteiligung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die über keine dreijährige Ausbildung verfügen, unter der Verantwortung von Pflegefachkräften erfolgt (z. B. Unterstützung der Versorgung von MRSA*-Trägern).

4. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens und etwaigen besonderen Anforderungen im Einzelfall?

Zu beurteilen ist, ob die Maßnahmen nach dem aktuellen Stand des Wissens fachgerecht durchgeführt werden. Nähere Hinweise hierzu finden sich in der Qualitätsprüfungs-Richtlinie Häusliche Krankenpflege (QPR-HKP) in der jeweils aktuellen Fassung.

*Methicillin-resistenter *Staphylococcus aureus*

2.5 Unterstützung bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen

Zu beurteilen ist, ob die Versorgung den ärztlichen An- bzw. Verordnungen entspricht und ob hinsichtlich der Durchführung von Maßnahmen und der Kommunikation mit den verordnenden Ärztinnen und Ärzten Defizite oder Auffälligkeiten festgestellt worden sind.

Wichtige Hinweise:

An dieser Stelle werden die Feststellungen der Prüferin oder des Prüfers im Zusammenhang mit der Unterstützung der versorgten Person bei der Bewältigung von sonstigen therapiebedingten Anforderungen, die nicht in die Bewertungen der Qualitätsaspekte 2.1 bis 2.4 eingeflossen sind, dokumentiert. Dies gilt beispielsweise für die Blutdruck- oder Blutzuckermessung, hinsichtlich derer bei der Beurteilung anderer Qualitätsaspekte Auffälligkeiten oder Defizite festgestellt wurden.

Hinweise zur Informationserfassung

Abgesehen von der Nennung der betreffenden ärztlichen An- bzw. Verordnungen erfolgt keine gesonderte Informationserfassung. Vielmehr sind die Informationen zu nutzen, die im Rahmen der Bewertung anderer Qualitätsaspekte erfasst wurden.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Werden Maßnahmen entsprechend der ärztlichen An- bzw. Verordnung durchgeführt?
2. Ist im Bedarfsfall eine Kommunikation mit der verordnenden Ärztin oder dem verordnenden Arzt erkennbar?
3. Entspricht die Durchführung der Maßnahme dem aktuellen Stand des Wissens und etwaigen besonderen Anforderungen im Einzelfall?

Die Leitfragen entsprechen der Ausrichtung anderer Leitfragen zu den Qualitätsaspekten 2.1 bis 2.4. Es ist zu betonen, dass an dieser Stelle nicht sämtliche Maßnahmen zu den ärztlichen An- bzw. Verordnungen im Detail zu beurteilen sind. Der Qualitätsaspekt 2.5 dient dazu, bereits getroffene Feststellungen einzuordnen.

Qualitätsbereich 3: Unterstützung bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte

(Anlage 1, Prüfbogen A Beurteilung der personenbezogenen Versorgung)

3.1.	Unterstützung bei Beeinträchtigungen in der Sinneswahrnehmung
<p>Zu prüfen ist hier die Unterstützung der versorgten Person bei der Bewältigung und Kompensation von Beeinträchtigungen des Seh- und Hörvermögens und bei der Nutzung von Hilfsmitteln, die in diesem Zusammenhang relevant sind.</p>	
	Hinweise zur Informationserfassung
<p>Bei der standardisierten Beurteilung des Hör- und Sehvermögens ist diejenige Antwortoption anzukreuzen, die auf die versorgte Person am ehesten zutrifft.</p> <p>Die genutzten Hilfsmittel zur Unterstützung der Sinneswahrnehmung sind nur aufzuführen, nähere Erläuterungen sind an dieser Stelle nicht erforderlich.</p>	
	Hinweise zu den Leitfragen
<p>1. Wurden Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens erfasst und in ihren Folgen für den Lebensalltag zutreffend eingeschätzt (einschließlich ihrer Bedeutung für gesundheitliche Risiken)?</p> <p>Die Prüferin oder der Prüfer sollte sich im Gespräch und mit der Inaugenscheinnahme der versorgten Person ein eigenes Bild vom Seh- und Hörvermögen machen und bei der Beurteilung berücksichtigen.</p> <p>2. Werden Maßnahmen ergriffen, um die Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens zu kompensieren?</p> <p>Zu beurteilen ist,</p> <ul style="list-style-type: none"> – ob bei der individuellen Maßnahmenplanung die aktuellen Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens berücksichtigt sind. – ob Anpassungen der Wohnumgebung an die Beeinträchtigungen vorgenommen worden sind. – ob die Entwicklung des Seh- oder Hörvermögens der versorgten Person beobachtet wird und bei auffälligen Veränderungen eine Kontaktaufnahme zur behandelnden Ärztin oder zum behandelnden Arzt erfolgt. <p>3. Werden geeignete Hilfsmittel zur Kompensation der Beeinträchtigungen des Seh- oder Hörvermögens eingesetzt?</p> <p>Es ist zu beurteilen, ob</p> <ul style="list-style-type: none"> – der versorgten Person entsprechend ihrer Beeinträchtigungen von Seh- und Hörvermögen geeignete Hilfsmittel zur Verfügung stehen. – die Hilfsmittel, soweit möglich, individuell angepasst sind. – die versorgte Person jederzeit, ggf. mit Unterstützung durch eine Pflegekraft, die Hilfsmittel nutzen kann. 	

3.2 Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Beschäftigung und Kommunikation

Zu prüfen ist, ob für die versorgte Person eine individuelle Gestaltung des Tagesablaufs ermöglicht und gefördert wird, die ihren Bedürfnissen entspricht. Zu prüfen ist ferner, ob bei Personen, die kognitive oder psychische Beeinträchtigungen aufweisen, die Tagesstrukturierung zur Förderung von Orientierung und Wohlbefinden eingesetzt wird. Dabei ist auch zu prüfen, ob die versorgte Person bei der Auswahl und Durchführung bedürfnisgerechter Aktivitäten unterstützt wird, ebenso bei der Kommunikation, mit vertrauten Bezugspersonen, befreundeten Personen oder Bekannten.

Hinweis zum Begriff „Beschäftigung“

Wenn bei diesem Qualitätsaspekt von „Beschäftigung“ die Rede ist, so ist immer eine den individuellen Bedürfnissen entsprechende Beschäftigung gemeint. Unter fachlichen Gesichtspunkten sollte die Einrichtung Angebote einer bedürfnisgerechten Beschäftigung *im Rahmen ihrer Möglichkeiten* gewährleisten. Ungewöhnliche Bedürfnisse, die außerhalb der im Alltagsleben üblichen Aktivitäten wie beispielsweise Geselligkeit, Medienkonsum, Lesen, Zuhören, Spielen, Singen und Musizieren, Schreiben, kreatives Werken und sich Bewegen liegen, sind nicht angesprochen. Beschäftigungen beispielsweise, die aufwändige Sicherheitsvorkehrungen erforderlich machen, teure Anschaffungen voraussetzen oder die Verfügbarkeit von spezifischen Werkzeugen oder technischen Apparaturen erfordern, übersteigen die Möglichkeiten einer Einrichtung im Regelfall. Verfügen Einrichtungen jedoch über eine besondere Ausstattung, so ist in die Qualitätsbeurteilung auch die Frage einzubeziehen, inwieweit die in die Stichprobe einbezogene Person Zugang dazu hat, wenn sie ein entsprechendes Bedürfnis hegt.

Hinweise zur Informationserfassung

Beeinträchtigungen der Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte: Hier sind diejenigen Bereiche anzukreuzen, in denen die versorgte Person auf Personenhilfe angewiesen ist. Die einzelnen Merkmale sind entsprechend des neuen Begutachtungsverfahrens zu interpretieren.

Kognitive Fähigkeiten und psychische Beeinträchtigungen:

An dieser Stelle genügt eine zusammenfassende Einschätzung, ob Beeinträchtigungen vorliegen und inwieweit sie einen erheblichen Unterstützungsbedarf erwarten lassen.

Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag der versorgten Person (nur zu erfassen bei Personen mit beeinträchtigter Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte):

Die Prüferin oder der Prüfer hat sich über den Tagesablauf und Aktivitäten im Alltag der Person zu informieren. Zu dokumentieren sind allerdings nur Auffälligkeiten wie zum Beispiel eine fehlende Teilnahme an Gruppenaktivitäten, ein ungewöhnlicher Tagesablauf oder besondere Maßnahmen zur Tagesstrukturierung bei demenziell Erkrankten.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Sind die Interessen an Aktivitäten und Gewohnheiten der versorgten Person bekannt?

Zu beurteilen ist, ob im Rahmen der Möglichkeiten der Einrichtung die aktuellen Interessen der versorgten Person in Erfahrung gebracht wurden. Auch sollte die Prüferin oder der Prüfer, soweit möglich, im Gespräch mit der Person aktuelle Interessen erfragen und diese bei der Beurteilung berücksichtigen.

2. Wurde mit der versorgten Person (oder ihren Bezugspersonen) eine individuelle Tagesstrukturierung erarbeitet?

Es ist zu beurteilen, ob die geplante Tagesstrukturierung individuell an die Wünsche und Gewohnheiten der versorgten Person angepasst wurde. Die geplante Tagesstrukturierung sollte Wach- und Ruhezeiten, Zeiträume für Mahlzeiten und Gewohnheiten der Person in Bezug auf den Tagesablauf beinhalten.

3. Orientieren sich pflegerische Versorgung und andere Hilfen an der individuell festgelegten Tagesstrukturierung und den Bedürfnissen der versorgten Person?

Zu beurteilen ist, ob in der Pflegedokumentation (insbesondere in der Maßnahmenplanung) und den tatsächlichen Abläufen im Lebensalltag eine individuelle Tagesstruktur erkennbar ist und sie den individuellen Bedürfnissen entspricht, soweit diese bekannt sind.

4. Erhält die versorgte Person Unterstützung dabei, bedürfnisgerechten Beschäftigungen im Lebensalltag nachzugehen?

Zu beurteilen ist, ob der versorgten Person geplante Gruppen- oder Einzelaktivitäten angeboten werden, die seinen Interessen und seinen individuellen Möglichkeiten entsprechen. Zu beurteilen ist ferner, ob die individuelle Unterstützung, die die Person unabhängig von geplanten Angeboten erhält, eine bedürfnisgerechte und den individuellen Fähigkeiten entsprechende Beschäftigung ermöglichen.

3.3 Nächtliche Versorgung

Zu prüfen ist hier, inwieweit die Versorgung der versorgten Person auch die nächtlichen Problem- und Bedarfslagen berücksichtigt. Dies schließt Maßnahmen wie Lagerungen, Hilfen beim Toiletten-gang oder Inkontinenzversorgung ebenso ein wie den Umgang mit Verschiebungen/Umkehrungen des Rhythmus von Wachen und Schlafen oder mit Einschlafschwierigkeiten.

Hinweise zur Informationserfassung

Sofern ein regelmäßiger nächtlicher Unterstützungsbedarf besteht, ist dieser stichwortartig zu beschreiben.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Liegt eine aussagekräftige Bedarfseinschätzung und Maßnahmenplanung für die nächtliche Versorgung vor?

Hinweise in der Pflegedokumentation sind nur dann erforderlich, wenn ein nächtlicher Unterstützungsbedarf besteht.

2. Wird bei bestehenden Ein- und Durchschlafschwierigkeiten eine darauf ausgerichtete Unterstützung geleistet?

Hierzu gehört auch die Frage, inwieweit eine geeignete Tagesstruktur existiert und die versorgte Person tagsüber in Aktivitäten eingebunden ist.

3. Berücksichtigt die Maßnahmenplanung besondere Risikosituationen während der Nacht (z. B. bei versorgten Personen mit motorisch geprägten Verhaltensauffälligkeiten)?

Liegt eine solche Risikosituation vor, sollten in der Maßnahmenplanung entsprechend Hinweise (zumindest Hinweise zur notwendigen Beobachtung) enthalten sein.

Qualitätsbereich 4: Unterstützung in besonderen Bedarfs- und Versorgungssituationen

(Anlage 1, Prüfbogen A Beurteilung der personenbezogenen Versorgung)

4.1 Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase nach dem Einzug

Zu prüfen ist hier, ob die Einrichtung eine zielgerichtete Unterstützung der versorgten Person in der Eingewöhnungsphase leistet. Hierzu gehört die Förderung des Wohlbefindens, des Sicherheitsgefühls der versorgten Person und der Integration in die neue Lebensumgebung. Ebenfalls eingeschlossen ist die zeitgerechte Vorbereitung der bedarfs- und bedürfnisgerechten Versorgung.

Im Falle der Kurzzeitpflege bestehen vergleichbare Anforderungen, die allerdings aufgrund des kurzen stationären Aufenthalts anders ausgeprägt sind.

Hinweise zur Informationserfassung

Anpassung der Unterstützung während der ersten acht Wochen des stationären Aufenthalts:

Anhand der Pflegedokumentation sind stichpunktartig wichtige Veränderungen oder Vereinbarungen zu dokumentieren, die in den ersten Wochen nach dem Einzug erfolgten.

Bei Kurzzeitpflege (KPF) ist nur das Einzugsdatum zu dokumentieren.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Wurde vor dem Einzug oder kurzfristig (innerhalb von 24 Stunden) nach dem Einzug der versorgten Person eine Einschätzung vorgenommen, ob bzw. in welchen Punkten ein dringender Versorgungsbedarf besteht?

Zu beurteilen ist, ob vor oder unmittelbar nach dem Einzug

- die ärztlich an- bzw. verordnete Medikation erfasst wurde,
- eine erste Einschätzung gesundheitlicher Risiken erfolgte (beispielsweise Dekubitusrisiko, Sturzrisiko oder Nahrungsmittelunverträglichkeiten),
- geeignete Maßnahmen zu den erfassten Risiken eingeleitet wurden.

2. Bei Langzeitpflege:

Leistete die Einrichtung in den ersten Wochen nach dem Einzug zielgerichtete Unterstützung?

Zu überprüfen ist, ob die Einrichtung eine individuell auf die versorgte Person abgestimmte Begleitung in den ersten Wochen nach dem Einzug umgesetzt hat. Dazu zählen beispielsweise eine der versorgten Person und den Angehörigen namentlich bekannte Ansprechpartnerin oder ein Ansprechpartner, der in den ersten Wochen regelmäßig Kontakt aufnimmt, Unterstützung bei der Kontaktaufnahme zu anderen Personen, die zielgerichtete Integration in Aktivitäten, die Kommunikation mit der Person selbst, spezifische biografieorientierte Maßnahmen (z. B. bei Demenzkranken) u. ä.

Im Mittelpunkt der Prüfung steht die Frage, ob die Einrichtung ein systematisches Vorgehen plante und realisierte. Das Prüfteam hat allerdings nicht zu beurteilen, ob das gesamte Spektrum an Maßnahmen, die sich als Unterstützung in der Eingewöhnungsphase eignen, berücksichtigt wurde.

3. Bei Kurzzeitpflege:

Leistete die Einrichtung in den ersten Tagen nach der Aufnahme zielgerichtete Unterstützung?

Der Qualitätsaspekt wird im Falle von Kurzzeitpflegegästen analog geprüft, aber mit etwas anderen Akzentuierungen. Zu überprüfen ist, ob die Einrichtung eine individuell auf die versorgte Person abgestimmte Begleitung in den ersten Tagen nach der Aufnahme umgesetzt hat. Dazu zählen beispielsweise eine der versorgten Person und deren Angehörigen namentlich bekannte Ansprechpartnerin oder ein Ansprechpartner, die oder der in den ersten Tagen regelmäßig Kontakt aufnimmt, die Integration in Aktivitäten, spezifische biografieorientierte Maßnahmen (z. B. bei Demenzkranken) u. ä.

4.2 Überleitung bei Krankenhausaufenthalten

Zu prüfen sind hier Maßnahmen, die die Pflegeeinrichtung ergreift, um den Übergang zwischen Pflegeeinrichtung und Krankenhaus für die versorgte Person fachlich angemessen zu gestalten, die Belastung für die Person infolge des Ortswechsels so weit wie möglich zu reduzieren und im Rahmen ihrer Möglichkeiten die Versorgungskontinuität sicherzustellen.

Hinweise zur Informationserfassung

Einzubeziehen sind die Krankenhausaufenthalte in den letzten sechs Monaten. Findet die Prüfung beispielsweise am 15. Dezember statt, so ist die Qualitätsbeurteilung vorzunehmen, wenn die versorgte Person in der Zeit seit dem 15. Juni in einem Krankenhaus behandelt wurde. Die Plausibilitätsprüfung ist unabhängig von dieser Einschränkung durchzuführen.

Hinweise zu den Leitfragen

Einzubeziehen sind auch hier nur die Krankenhausaufenthalte in den letzten sechs Monaten. Ansonsten wird mit dem nächsten Qualitätsaspekt fortgesetzt.

1. Wurden dem Krankenhaus Informationen zum Gesundheitszustand, zum pflegerischen Versorgungsbedarf und zu den individuellen Bedürfnissen übermittelt?

Zu beurteilen ist, ob die Einrichtung Informationen zu folgenden Punkten bei der Überleitung in ein Krankenhaus übermittelt hat:

- Benennung einer laufenden ärztlichen Behandlung
- Angehörige bzw. Betreuerinnen oder Betreuer, sowie ggf. Vorsorgevollmacht oder Patientenverfügung
- Beeinträchtigungen, Bedarf und benötigte Hilfsmittel
- Ansprechpartnerinnen oder Ansprechpartner der Pflegeeinrichtung
- individuelle Bedürfnisse und Gewohnheiten
- ggf. Informationen zu herausfordernd erlebtem Verhalten

2. Erfolgte eine Aktualisierung der Bedarfseinschätzung und bei Bedarf eine Anpassung der Maßnahmenplanung nach der Rückkehr der versorgten Person?

Zu beurteilen ist, ob unmittelbar nach Rückkehr der versorgten Person von einem Krankenhausaufenthalt

- Veränderungen der Bedarfseinschätzung inkl. Veränderungen der Risikosituation beurteilt wurden,
- ggf. die individuelle Maßnahmenplanung der versorgten Person an die geänderte Bedarfs- und Risikoeinschätzung angepasst wurde,
- notwendige Folgetermine für die ambulante Nachsorge vereinbart wurden oder die behandelnden Ärztinnen oder Ärzte über die Rückkehr der versorgten Person informiert wurden.

4.3 Unterstützung von versorgten Personen mit herausfordernd erlebtem Verhalten und psychischen Problemlagen

Zu prüfen ist hier die Unterstützung der versorgten Person mit herausfordernd erlebtem Verhalten, die darauf abzielt, Risiken zu vermeiden, das herausfordernd erlebte Verhalten einzugrenzen und das Wohlbefinden der Person aktiv zu fördern.

Erläuterungen zu den angesprochenen Verhaltensweisen:

Angesprochen sind an dieser Stelle Verhaltensweisen und psychische Problemlagen, die auch im Rahmen der Begutachtung nach dem SGB XI berücksichtigt werden. Es handelt sich um Verhaltensweisen, die einen Hilfebedarf begründen, weil sie zu Gefährdungen führen oder eine Beeinträchtigung für die betreffende Person oder ihre Umgebung darstellen. Ein solches Verhalten entsteht beispielsweise durch Situationen, die eine Überforderung für die versorgte Person mit sich bringen, oder durch die fehlende Fähigkeit, mit emotionalen Impulsen kontrolliert umzugehen. In der Regel sind solche Verhaltensprobleme mit kognitiven Beeinträchtigungen verbunden, die zum Verlust der Impulskontrolle und Selbststeuerungsfähigkeit führen. Angesprochen sind aber auch psychische Problemlagen, die ebenfalls einen Hilfebedarf begründen.

Zu diesen Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen gehören:

- motorisch geprägte Verhaltensauffälligkeiten
- nächtliche Unruhe
- selbstschädigendes und autoaggressives Verhalten
- Beschädigung von Gegenständen
- physisch aggressives Verhalten gegenüber anderen Personen
- verbale Aggression
- andere vokale Auffälligkeiten
- Abwehr pflegerischer oder anderer unterstützender Maßnahmen
- Wahnvorstellungen
- Ängste
- Antriebslosigkeit bei depressiver Stimmungslage
- sozial inadäquate Verhaltensweisen
- sonstige pflegerelevante inadäquate Handlungen

Nähere Definitionen zu Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen sind der Begutachtungs-Richtlinie zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit gemäß § 18 SGB XI in der aktuellen Version zu entnehmen.

Von entscheidender Bedeutung ist, dass diese Verhaltensweisen einen Bedarf an Unterstützung begründen. So sind beispielsweise alle Menschen vom Gefühl der Angst betroffen. Dieses Gefühl kann allerdings so übermächtig werden, dass es nicht kontrolliert werden kann und eine folgenreiche emotionale Krise auslöst. Insbesondere bei Demenzkranken ist zu beobachten, dass langandauernde, ausgeprägte Ängste entstehen, die die betreffenden Personen selbst nicht kontrollieren können.

Dementsprechend ist bei der Prüfung zu berücksichtigen, dass nicht das Verhalten an sich, sondern die mit einem Verhalten verbundene Problematik für das Alltagsleben der betreffenden Person oder für ihre soziale Umgebung einen Hilfebedarf begründet.

Hinweise zur Informationserfassung

Es sind die wichtigsten Verhaltensweisen und psychischen Problemlagen zu benennen, die einen Hilfebedarf auslösen. Ebenfalls zu benennen ist die Häufigkeit, mit der sie regelmäßig auftreten, und ein etwaiges Gefährdungspotenzial.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Erfolgte eine Erfassung der Verhaltensweisen der versorgten Person und eine darauf aufbauende Einschätzung, ob aus dem Verhalten ein Unterstützungsbedarf erwächst?

Die Einschätzung muss eine ggf. vorliegende, verhaltensbedingte Risikosituation und Aussagen dazu, ob und welcher Unterstützungsbedarf durch das Verhalten ausgelöst wird, enthalten.

2. Wurden verhaltenswirksame Faktoren identifiziert und Maßnahmen eingeleitet, um diese Faktoren zu begrenzen oder zu kompensieren?

Zu beurteilen ist, ob Faktoren identifiziert wurden, die das herausfordernd erlebte Verhalten fördern oder begrenzen und ob daran orientiert geeignete Maßnahmen geplant und durchgeführt werden, um das herausfordernd erlebte Verhalten zu begrenzen oder zu kompensieren.

3. Erhält die versorgte Person eine geeignete Unterstützung, um trotz der Verhaltensproblematik Bedürfnisse zu befriedigen und Wohlbefinden zu erleben?

Zu beurteilen ist, ob die Bedürfnisse und das Wohlbefinden der versorgten Person beobachtet werden und ggf. Maßnahmen ergriffen werden, um das Wohlbefinden der Person zu verbessern und sie mit ihrem herausfordernd erlebten Verhalten in die Pflegeeinrichtung zu integrieren. Die Maßnahmenplanung sollte Maßnahmen enthalten, die das Wohlbefinden und die Integration der versorgten Person fördern können.

4.4 Freiheitsentziehende Maßnahmen

Zu prüfen ist, ob freiheitsentziehende Maßnahmen soweit wie möglich durch alternative Maßnahmen ersetzt und in dem Fall, in dem sie nicht vermeidbar sind, fachgerecht angewendet werden. Es sind sowohl mechanische Fixierungen, Isolation als auch der Einsatz ruhigstellender Medikamente in die Prüfung einzubeziehen.

Erfasst wird außerdem, ob eine Einwilligung oder richterliche Genehmigung bzw. eine richterliche Anordnung vorliegen. Sollten bei einer freiheitsentziehenden Maßnahme keine Einwilligung oder richterliche Genehmigung bzw. keine richterliche Anordnung vorliegen, dann wird dies mit erfasst, fließt aber nicht in die Beurteilung des Inhaltes mit ein, da es sich um eine ordnungsrechtliche Frage handelt, die die Prüferin oder der Prüfer nicht beurteilen sollte.

Hinweise zur Informationserfassung

Einwilligung oder Vorliegen/Beantragung einer richterlichen Genehmigung bzw. einer richterlichen Anordnung:

Hier ist die Frage zu beantworten, ob eine Einwilligung vorliegt und von wem und wann sie erteilt wurde. Analoges gilt für die richterliche Genehmigung bzw. Anordnung.

Die zur Beurteilung relevanten Mobilitätsbeeinträchtigungen (Qualitätsaspekt 1.1) müssen im Prüfbogen nicht noch einmal dokumentiert werden, sind aber bei der Beurteilung zu berücksichtigen.

Hinweise zu den Leitfragen

1. Wird/wurde die Notwendigkeit der eingesetzten freiheitsentziehenden Maßnahme/n regelmäßig überprüft?

Zu beurteilen ist, ob die angewendete freiheitsentziehende Maßnahme regelmäßig hinsichtlich ihrer Notwendigkeit durch eine Pflegefachkraft überprüft wird und beendet wird, wenn sie nicht mehr notwendig ist. Das Überprüfungsintervall ist abhängig vom Krankheitsbild und dem Pflegezustand der versorgten Person.

2. Erfolgt/e der Einsatz der Maßnahme/n fachgerecht?

Zu beurteilen ist, ob

- die angewendete freiheitsentziehende Maßnahme technisch korrekt erfolgt,
- Risiken für die versorgten Personen durch eine fachgerechte Anwendung minimiert werden,
- Intimsphäre und Würde der versorgten Personen gewahrt werden.

Qualitätsbereich 5: Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen

(Anlage 2, Prüfbogen B Beurteilung auf der Einrichtungsebene)

Die Beurteilung bedarfsübergreifender fachlicher Anforderungen stützt sich auf die Feststellungen, die die Prüferin oder der Prüfer zu anderen Qualitätsaspekten getroffen hat. Sie wird an dieser Stelle daher nicht weiter erläutert.

Beobachtungen, die die Prüferin oder der Prüfer unabhängig von diesen Feststellungen macht (z. B. Umgang der Mitarbeiterinnen oder der Mitarbeiter mit Hygieneanforderungen auf den Wegen der Prüferin oder des Prüfers durch die Einrichtung), sind ebenfalls einzubeziehen. Bei der Beurteilung des jeweiligen Qualitätsaspekts sind jedoch vorrangig die Feststellungen während der individuell personenbezogenen Prüfung zu beachten.

Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung zur Erfüllung der jeweiligen Qualitätsaspekte werden als Vermerk „abweichende fachliche Einschätzung“ als Freitext formuliert.

Qualitätsbereich 6: Einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement

(Anlage 2, Prüfbogen B Beurteilung auf der Einrichtungsebene)

Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung zur Erfüllung der jeweiligen Qualitätsaspekte werden als Vermerk „abweichende fachliche Einschätzung“ als Freitext formuliert.

6.1	Qualifikation der und Aufgabenwahrnehmung durch die verantwortliche Pflegefachkraft
Zu prüfen ist, ob die Anforderungen an die Qualifikation der verantwortlichen Pflegefachkraft und deren Stellvertretung sowie Anforderungen an die Regelung ihrer Aufgabenbereiche erfüllt werden. Zu prüfen ist ferner, ob die verantwortliche Pflegefachkraft ihre Aufgaben wahrnimmt und ob sie für eine angemessene Dienstorganisation Sorge trägt.	
	Hinweise zur Informationserfassung und zu den Prüffragen
Die Anforderungen an die Informationserfassung und die Prüffragen sind aus sich heraus verständlich und werden an dieser Stelle nicht näher erläutert.	
	Erläuterungen zu den nicht erfüllten Anforderungen
Zu allen Fragen, die mit „nein“ beantwortet wurden, sind nähere Erläuterungen erforderlich, die erkennen lassen, worin das Defizit im Einzelnen besteht.	

6.2 Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen

Zu prüfen ist hier, ob die Einrichtung über ein aussagekräftiges Konzept sowie nachvollziehbare Verfahrens- und Zuständigkeitsregelungen verfügt, um im Rahmen ihrer Einwirkungsmöglichkeiten ein würdevolles Sterben und Abschiednehmen zu ermöglichen.

Hinweise zur Informationserfassung und zu den Prüffragen

Die Prüffragen sind überwiegend selbstsprechend. Zu beachten ist, dass keine nähere Beurteilung von schriftlichen Ausführungen in Konzepten, Verfahrensregelungen etc. vorgenommen werden soll. Maßstab ist die Nachvollziehbarkeit der Vorgaben zur Ausgestaltung der Begleitung sterbender Personen und ihrer Angehörigen, die die Einrichtung formuliert.

1. **Liegt ein schriftliches Konzept für die Begleitung Sterbender und ihrer Angehörigen vor?**
2. **Gibt es Regelungen für die Zusammenarbeit mit externen Einrichtungen (z. B. Palliativdienste, Hospizinitiativen) und namentlich bekannte Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner für solche Einrichtungen?**

Von besonderer Wichtigkeit ist hier die Frage, ob die Einrichtung sicherstellt, dass externe Kooperationspartnerinnen oder Kooperationspartner in der Sterbephase kompetente Ansprechpartnerinnen oder Ansprechpartner in der Einrichtung finden und diese in der Lage sind, die Kooperationspartnerinnen und Kooperationspartner bei Bedarf koordinierend und beratend zu unterstützen, wenn sie in der Einrichtung tätig werden.

3. **Ist konzeptionell geregelt, dass die Wünsche der versorgten Person und der Angehörigen für den Fall einer gesundheitlichen Krise und des Versterbens erfasst werden?**

Diese Wünsche sollten schriftlich hinterlegt sein.

4. **Ist konzeptionell geregelt, dass Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bekannt sind und jederzeit verfügbar sind?**

Zu beurteilen ist, ob vorhandene Patientenverfügungen oder Vorsorgevollmachten den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung bekannt sind und sie wissen, wo sich diese befinden oder sie ggf. vorzeigen können.

5. **Ist konzeptionell geregelt, dass im Sterbefall eine direkte Information der Angehörigen entsprechend den von ihnen hinterlegten Wünschen erfolgt?**

Erläuterungen zu den nicht erfüllten Anforderungen

Zu allen Fragen, die mit „nein“ beantwortet wurden, sind nähere Erläuterungen erforderlich, die erkennen lassen, worin das Defizit im Einzelnen besteht.

6.3	Maßnahmen zur Vermeidung und zur Behebung von Qualitätsdefiziten
------------	---

Die Einrichtung verfügt über ein systematisches Qualitätsmanagement und reagiert zeitnah und mit angemessenen Maßnahmen auf Qualitätsdefizite. Es gibt definierte Verfahren zur Auswertung und Nutzung von Qualitätskennzahlen.

	Hinweise zur Informationserfassung und zu den Prüffragen
--	--

Die Anforderungen an die Informationserfassung sind aus sich heraus verständlich und werden an dieser Stelle nicht näher erläutert.

1. Werden geeignete Maßnahmen im Rahmen des internen Qualitätsmanagements durchgeführt, um Qualitätsdefizite zu identifizieren?

Zu prüfen ist, ob die Einrichtung über regelhafte Verfahren verfügt, mit denen Qualitätsprobleme in der laufenden Versorgung entdeckt werden können (unabhängig von externen Prüfungen).

2. Werden Qualitätsdefizite systematisch bewertet und bei Bedarf bearbeitet?

Zu beurteilen ist, ob sich die Einrichtung – abgesehen von den Qualitätsindikatoren – mit externen Qualitätsbeurteilungen oder intern identifizierten Defiziten auseinandersetzt und konkrete Maßnahmen einleitet. Die Einrichtung kann dies ggf. auch beispielhaft anhand eines identifizierten (und behobenen) Qualitätsdefizits aufzeigen. Die Frage ist mit „trifft nicht zu“ zu beantworten, wenn keine weiteren Qualitätsdefizite identifiziert wurden.

3. Hat die Einrichtung geeignete Maßnahmen eingeleitet, um schlechte Versorgungsergebnisse (Qualitätsindikatoren) zu verbessern?

Diese Frage ist nur in Einrichtungen zu bearbeiten, für die die betreffenden Qualitätskennzahlen vorliegen. Zu prüfen ist, ob die als „weit unter dem Durchschnitt“ bewerteten Ergebnisse aufgegriffen wurden, um mittelfristig bessere Ergebnisse zu erzielen, und ob die hierzu eingeleiteten Maßnahmen geeignet sind, dieses Ziel zu erreichen.

4. Werden Maßnahmen zur Qualitätssicherung evaluiert?

Hier ist zu beurteilen, ob systematisch überprüft wird, welche Wirkung Maßnahmen zur Verbesserung von Qualität bzw. Maßnahmen zur Behebung von Qualitätsdefiziten erzielt haben.

5. Sind die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in Verfahren zur Identifizierung von Qualitätsproblemen einbezogen?

Zu prüfen ist, ob die Einrichtung regelhafte Verfahrensweisen definiert hat, mit denen die interne Kommunikation von Qualitätsdefiziten oder qualitätssichernde Verfahren erfolgen und die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zur Reflexion der Versorgungsqualität im Alltag angehalten werden.

	Erläuterungen zu den nicht erfüllten Anforderungen
--	--

Zu allen Fragen, die mit „nein“ beantwortet wurden, sind nähere Erläuterungen erforderlich, die erkennen lassen, worin das Defizit im Einzelnen besteht.

QPR – VOLLSTATIONÄRE PFLEGE

ANLAGE 5

**Qualitätsbewertung zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen
erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI**

17. Dezember 2018

Qualitätsbewertung

1 Bewertung der personenbezogenen Versorgung in den Qualitätsbereichen 1 bis 4 (ausgenommen Qualitätsaspekt 2.5)

Zur Qualitätsbeurteilung auf der Ebene der personenbezogenen Versorgung kommen vier Kategorien im Prüfbogen A Beurteilung der personenbezogenen Versorgung (Anlage 1) zur Anwendung:

- A. Keine Auffälligkeiten oder Defizite**
- B. Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgte Person erwarten lassen**
- C. Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person**
- D. Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person**

Diese Abstufung soll sichtbar machen, inwieweit aus einem fachlichen Defizit tatsächlich negative Folgen für die versorgte Person erwachsen sind und damit eine differenzierte Bewertung des Qualitätsaspekts ermöglichen.

Das Verständnis der „negativen Folgen“ ist von zentraler Bedeutung für das Prüfverfahren. Der Begriff umfasst folgende Sachverhalte:

- Im Extremfall kommt es durch ein fachliches Defizit zu einer gesundheitlichen, körperlichen *Schädigung der versorgten Person*. Beispiele hierfür sind die Entstehung eines Dekubitus infolge fehlender Dekubitusprophylaxe, Dehydration aufgrund unzureichender Flüssigkeitsversorgung oder Wundinfektionen infolge fehlender Beachtung von Hygienevorschriften.
- Eine negative Folge liegt aber auch dann vor, wenn die durchgeführten Maßnahmen nicht dem individuellen Bedarf der versorgten Person entsprechen, auch wenn noch keine sichtbaren gesundheitlichen Nachteile entstanden sind. Beispiele sind fehlende Mobilisierung von bettlägerigen Personen, unzureichende Körperpflege bei unselbstständigen Personen oder die fehlende Unterstützung bei der Nutzung von Hilfsmitteln, die das Alltagsleben der Personen erheblich einschränkt.
- Eine *nicht bedürfnisgerechte Versorgung* zählt ebenfalls zu den negativen Folgen. Beispiele hierfür sind die wiederholte Verweigerung von Selbstbestimmung oder die regelmäßige Missachtung von explizit geäußerten/dokumentierten Wünschen.

Vor dem Hintergrund dieses Verständnisses sind die Bewertungskategorien folgendermaßen definiert:

A. Keine Auffälligkeiten oder Defizite

Für die zu beurteilenden Sachverhalte gab es keine Hinweise auf ein fachliches Defizit.

B. Auffälligkeiten, die keine Risiken oder negativen Folgen für die versorgten Personen erwarten lassen

Für die zu beurteilenden Sachverhalte wurden Auffälligkeiten festgestellt, die jedoch keine Auswirkungen auf die versorgte Person nach sich ziehen. Dazu gehört beispielsweise das punktuelle Fehlen eines Durchführungsnachweises im Bereich der Behandlungspflege.

C. Defizit mit Risiko negativer Folgen für die versorgte Person

Fachliche Defizite wirken sich nicht automatisch nachteilig auf die versorgte Person aus. So entsteht aufgrund einer unzutreffenden Risikoeinschätzung nicht sofort, vielleicht auch nicht über einen längeren Zeitraum, ein neuer Dekubitus, aber doch ein vermeidbares Risiko negativer Folgen für die betreffende Person, die dem Verantwortungsbereich der Einrichtung zuzuschreiben sind.

D. Defizit mit eingetretenen negativen Folgen für die versorgte Person

Diese Bewertungskategorie ist für den Fall vorgesehen, dass eine negative Folge aufgrund eines fachlichen Defizits bereits eingetreten ist – wobei negative Folgen im Sinne des oben dargestellten Verständnisses auch das Fehlen einer bedarfs- oder bedürfnisgerechten Unterstützung umfassen. Die Kategorie D ist also nur in folgenden Fällen anzuwenden:

- Die versorgte Person hat eine gesundheitliche Schädigung infolge des Handelns oder infolge von Unterlassungen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung erlitten.
- Die versorgte Person erhält regelmäßig nicht die ihrem Bedarf entsprechende Unterstützung, wenngleich diese Unterstützung im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung geleistet werden könnte.
- Die versorgte Person erhält regelmäßig nicht die ihren Bedürfnissen entsprechende Unterstützung, wenngleich diese Unterstützung im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung geleistet werden könnte.

Es ist besonders wichtig, dass eine D-Bewertung für fehlende Bedarfs- oder Bedürfnisgerechtigkeit nicht allein auf der Grundlage einer fehlenden Information in der Pflegedokumentation vergeben werden darf. Auch eine isolierte Aussage der versorgten Person, die nicht durch weitere Feststellungen verifiziert werden kann, reicht nicht aus. Fehlt beispielsweise ein Durchführungsnachweis, so genügt dies allein nicht, um eine nicht bedarfsgerechte Versorgung nachzuweisen. Bei einer D-Bewertung, die vergeben werden soll, weil nach Feststellungen der Prüferin oder des Prüfers erforderliche Maßnahmen nicht durchgeführt wurden, müssen neben fehlenden Dokumentationseinträgen zum Nachweis daher weitere Feststellungen getroffen werden.

Beurteilung des Qualitätsaspektes 2.5

Die Beurteilung erfolgt in diesem Fall nicht in Form einer standardisierten Bewertung. Vielmehr ist zu entscheiden, ob die hier erfassten

- Auffälligkeiten für die Beratung der Einrichtung relevant sind.
- Defizite für die Beratung relevant sind und für den Maßnahmenbescheid der Landesverbände der Pflegekassen relevant sein könnten (wovon dann auszugehen ist, wenn ein Defizit festgestellt wurde, das mit einem erheblichen gesundheitlichen Risiko für die versorgte Person oder einer negativen Folge verbunden ist).

- Auffälligkeiten oder Defizite keine weiteren Folgen nach sich ziehen sollen.

Wurden durch die Prüferin oder den Prüfer Auffälligkeiten oder Defizite identifiziert, so sind diese im jeweiligen Textfeld unter „Auffälligkeiten“ oder „Defizite“ aufzuführen und zu erläutern.

2 Berücksichtigung der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung

Die Qualitätsbeurteilung erfolgt grundsätzlich unter Berücksichtigung der Grenzen, die durch die Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung und ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gesteckt sind. Diese Grenzen ergeben sich vor allem durch folgende Faktoren:

- Bereitschaft der versorgten Person, die Hinweise der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter anzunehmen: Wenn kognitiv unbeeinträchtigte Personen beispielsweise mehrfach auf verhaltensbedingte Risiken hingewiesen werden, diese aber ihr Verhalten nicht anpassen, so hat die Einrichtung die aus fachlicher Sicht erwartbaren Maßnahmen ergriffen; ihre Wirkung ist jedoch durch Faktoren, auf die sie nur wenig einwirken kann, begrenzt.
- Fähigkeit der versorgten Person, im Rahmen der pflegerischen Unterstützung zu kooperieren: Die Wirkung von fachgerechten Lagerungsmaßnahmen bei kognitiv beeinträchtigten Personen kann dadurch aufgehoben werden, dass die betreffende Person immer wieder eine Körperhaltung annimmt oder Bewegungen durchführt, durch die Scherkräfte wirksam werden und ein Dekubitus entsteht. Nicht jeder neu entstandene Dekubitus kann also als Ergebnis eines fachlichen Defizits eingestuft werden.
- Versorgung durch externe Kooperationspartnerinnen oder Kooperationspartner: Die gesundheitliche Situation von versorgten Personen wird maßgeblich durch ärztliches Handeln (oder Nicht-Handeln) beeinflusst. Die Einwirkungsmöglichkeit der Einrichtungen ist bei der Behandlungspflege weitgehend auf die fachgerechte Durchführung an- bzw. verordneter Maßnahmen und die Kommunikation mit der Ärztin oder dem Arzt begrenzt.
- Unrealistische Erwartungen an die Versorgung: Serviceleistungen der Einrichtungen wie Fahrdienste, die nicht zu den vertraglich geregelten Aufgaben der Einrichtung und ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gehören, liegen nicht im Einwirkungsbereich der Einrichtungen. Auch in anderen Fällen können die Wünsche der versorgten Personen die Verantwortung der Einrichtung für die fachgerechte Versorgung und das Wohlergehen der Personen übersteigen. Insbesondere wenn bei der Prüfung festgestellt wird, dass Wünsche einer versorgten Person regelmäßig unberücksichtigt bleiben, so hat die Prüferin oder der Prüfer sorgfältig zu reflektieren, inwieweit diese Wünsche die Möglichkeiten der Einrichtungen übersteigen. Dies ist besonders wichtig, da die regelmäßige Missachtung von Bedürfnissen im Rahmen der Prüfung ebenso streng beurteilt wird wie die Vernachlässigung eines Versorgungsbedarfs oder gesundheitliche Nachteile, die die Einrichtung zu verantworten hat.

Die Frage der Einwirkungsmöglichkeiten wird in den Prüfbogen A Beurteilung der personenbezogenen Versorgung (Anlage 1) und Prüfbogen B Beurteilung auf der Einrichtungsebene (Anlage 2) sowie in den Erläuterungen zu den Prüfbögen (Anlage 4) nicht explizit thematisiert. Es handelt sich um einen Grundsatz, den das Prüfteam bei *jeder* Beurteilung zu berücksichtigen hat.

3 Bewertung der bedarfsübergreifenden fachlichen Anforderungen im Qualitätsbereich 5

Die Beurteilung bedarfsübergreifender fachlicher Anforderungen stützt sich auf die Feststellungen, die die Prüferin oder der Prüfer zu anderen Qualitätsaspekten getroffen haben. Beobachtungen, die das Prüfteam unabhängig von diesen Feststellungen macht (z. B. Umgang der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit Hygieneanforderungen auf den Wegen der Prüferin oder des Prüfers durch die Einrichtung), sind ebenfalls einzubeziehen. Bei der Beurteilung des jeweiligen Qualitätsaspekts sind jedoch vorrangig die Feststellungen während der individuell personenbezogenen Prüfung zu beachten. Eine erneute Informationserfassung ist nicht vorgesehen. Die Beurteilung erfolgt im Teamgespräch. Im Prüfbogen B (Anlage 2) wird unter den Qualitätsaspekten im Qualitätsbereich 5 jeweils festgehalten, ob keine Defizite festgestellt worden sind oder, wenn Defizite festgestellt worden sind, um welche es sich handelt.

4 Bewertung der einrichtungsbezogenen erhobenen Qualitätsaspekte im Qualitätsbereich 6

Zur Feststellung des Prüfergebnisses bei den einrichtungsbezogenen Qualitätsaspekten (einrichtungsinterne Organisation und Qualitätsmanagement) im Prüfbogen B (Anlage 2) bedarf es keiner differenzierenden Beurteilung oder Zusammenführung von Prüffragen. Die Feststellung des Prüfergebnisses in diesem Qualitätsbereich umfasst die Angabe, ob eine Anforderung erfüllt oder nicht erfüllt ist und eine nähere Bezeichnung des bemängelten Sachverhalts.

QPR – VOLLSTATIONÄRE PFLEGE

ANLAGE 6

Bewertung von Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI

17. Dezember 2018

Erläuterung der Plausibilitätskontrolle

Die Fragen zur Plausibilitätskontrolle der von der Einrichtung durchgeführten Ergebniserfassung werden in dieser Ausfüllanleitung nicht näher erläutert. Sie sind in der Regel aus sich selbst heraus verständlich. Die Aufgabe der Prüferin oder des Prüfers besteht darin, im Rahmen der Möglichkeiten festzustellen, inwieweit die Informationen zum betreffenden Sachverhalt, die durch die Einrichtung bei der Erfassung von Versorgungsergebnissen erhoben wurden, mit den Feststellungen der Prüferin oder des Prüfers bzw. den Informationen aus anderen Quellen in Einklang stehen. Gemeint sind damit alle Informationsquellen, die die Prüferin oder der Prüfer zur Beurteilung des jeweiligen Qualitätsaspekts zu Rate ziehen. Im Folgenden werden grundlegende Hinweise zur Durchführung der Plausibilitätskontrolle gegeben.

Im Prüfbogen A Beurteilung der personenbezogenen Versorgung ist zunächst nur anzugeben, inwieweit bei der Plausibilitätskontrolle Auffälligkeiten festgestellt wurden und worum es sich dabei im Einzelnen handelt. Inwieweit diese Auffälligkeiten als fehlende Plausibilität zu sehen sind, wird in einem zweiten Schritt beurteilt (s. Prüfbogen C Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle).

Nicht bei allen versorgten Personen, die in die Stichprobe aufgenommen werden, liegen Ergebnisse vor, die im Rahmen der Plausibilitätskontrolle zu beurteilen sind. Es ist davon auszugehen, dass im Regelfall bei sechs Personen eine Beurteilung möglich ist. Wurde bei einer Person, die in die Prüfung einbezogen wird, keine Plausibilitätskontrolle durchgeführt, so ist die Antwortoption „trifft nicht zu“ anzukreuzen.

1.1 Plausibilitätskontrolle der Ergebniserfassung

Wenn für die Einrichtung eine Erfassung von Versorgungsergebnissen vorliegt und die statistische Prüfung nicht bereits zu dem Ergebnis führte, dass die von der Einrichtung durchgeführte Ergebniserfassung erhebliche Mängel aufweist, ist bei bestimmten Qualitätsaspekten eine Plausibilitätskontrolle durchzuführen. Diese Plausibilitätskontrolle ist fester Bestandteil des Prüfverfahrens. Es handelt sich im Kern um die Überprüfung, ob die im Rahmen der Ergebniserfassung dargestellten Informationen mit anderen Sachverhalten bzw. Informationsquellen übereinstimmen oder nicht. In der Anlage 1, Prüfbogen A Beurteilung der personenbezogenen Versorgung, findet sich an den betreffenden Stellen eine Leitfrage, mit der die Plausibilitätskontrolle eingeleitet wird.

1.1.1. Sichtung des Erhebungsreports

Bestandteil der Plausibilitätskontrolle ist auch die Sichtung des sogenannten Erhebungsreports, die bei der Stichprobenziehung, also zu Beginn der Prüfung, erfolgt. Die Plausibilitätskontrolle des Erhebungsreportes wird bei einer Stichprobe von drei versorgten Personen durchgeführt. Werden dabei Auffälligkeiten festgestellt, ist die Stichprobe zu ergänzen. Die Prüferin oder der Prüfer hat hierbei die Frage zu beantworten, ob im Erhebungsreport

- eine eindeutige und vollständige Zuordnung der Pseudonyme zu den versorgten Personen erkennbar ist und
- ob die Ausschlusskriterien zur Einbeziehung der versorgten Personen in die Ergebniserfassung entsprechend der methodischen Vorgaben erfolgte und dementsprechend erkennbar ist, für welche Personen keine Ergebniserfassung durchgeführt wurde und aus welchem Grund im jeweiligen Fall auf die Ergebniserfassung verzichtet wurde (Grundlage für diese Bewertung

sind die in den „Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität nach § 113 SGB XI für die vollstationäre Pflege“ in der jeweils aktuellen Version aufgeführten Ausschlusskriterien).

Auffälligkeiten (z. B. nicht nachvollziehbarer Ausschluss von Personen bei der Ergebniserfassung) sind in der Anlage 3, Prüfbogen C Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle unter Angabe des personenbezogenen Codes zu dokumentieren und zu bewerten.

1.1.2 Plausibilitätskontrolle auf der Ebene des Einzelfalls

Die Plausibilitätskontrolle stützt sich auf die Informationserfassung, die zu Beginn jeder Beurteilung der jeweiligen Qualitätsaspekte erfolgt. Mit dieser Informationserfassung verschafft sich die Prüferin oder der Prüfer ein Bild von der versorgten Person und ihrer Versorgungssituation, etwa durch Inaugenscheinnahme, durch Gespräche mit ihr oder den Pflegenden sowie durch die Hinzuziehung der Dokumentation. Zum Zweck der Plausibilitätskontrolle soll die Prüferin oder der Prüfer beurteilen, ob diese Informationen mit den Angaben aus der Ergebniserfassung in Einklang stehen oder nicht.

Werden hierbei Abweichungen festgestellt, die sich nicht aufklären lassen, und erweist sich, dass Hinweise aus der Dokumentation oder andere Informationen, die der Ergebniserfassung widersprechen, sachlich zutreffend sind, muss von fehlender Plausibilität ausgegangen werden. Abweichungen, die erklärt werden können (z. B. Verschlechterung der Mobilität nach einem Sturz, der sich nach der Ergebniserfassung ereignete), sind nicht als fehlende Plausibilität einzustufen.

Ablauf der Plausibilitätskontrolle am Beispiel Mobilität

1. Im ersten Schritt erfasst die Prüferin oder der Prüfer unabhängig von der Plausibilitätskontrolle die Informationen, die für die Beurteilung eines Qualitätsaspekts benötigt werden. Im Falle der Mobilität:

1.	Beeinträchtigungen (bitte ankreuzen)	Erläuterungen:
	<input checked="" type="checkbox"/> Positionswechsel im Bett	<i>(Freitext)</i>
	<input type="checkbox"/> Aufstehen	
	<input checked="" type="checkbox"/> Halten einer stabilen Sitzposition	
	<input checked="" type="checkbox"/> Lageveränderung im Sitzen	
	<input checked="" type="checkbox"/> Stehen und Gehen, Balance	
	<input checked="" type="checkbox"/> Treppen steigen	
	<input type="checkbox"/> Beweglichkeit der Extremitäten	
	<input checked="" type="checkbox"/> Kraft	

2.	Genutzte Hilfsmittel im Zusammenhang mit der Mobilität und der Lagerung
	<i>(Freitext)</i>

Damit sollte die Prüferin oder der Prüfer einen Eindruck gewonnen haben, welche Mobilitätsbeeinträchtigungen vorliegen.

2. Im zweiten Schritt schaut sich die Prüferin oder der Prüfer das Ergebnis zur Mobilität im Bogen zur Ergebniserfassung an. Das Prüfteam erhält von der Einrichtung den für die versorgten Personen ausgefüllten Erhebungsbogen, der zur Mobilität folgende Angaben enthält (analog zum Modul 1 des Begutachtungsinstrumentes):

2	Mobilität (nur körperliche Fähigkeiten bewerten!)	0 = selbstständig 1 = überwiegend selbstständig 2 = überwiegend unselbstständig 3 = unselbstständig
2.1	Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
2.2	Halten einer stabilen Sitzposition	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
2.3	sich Umsetzen	<input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
2.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
2.5	Treppen steigen	<input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3

Wie ersichtlich, weisen die Informationen aus der Informationserfassung und der Ergebniserfassung bei diesem Qualitätsaspekt große Überschneidungen auf.

3. Im nächsten Schritt beurteilt die Prüferin oder der Prüfer die Frage, ob die Information aus der Ergebniserfassung für sich genommen plausibel ist. Im vorliegenden Beispiel ist sofort erkennbar, dass die Angaben nicht plausibel sind: Eine Person, die in liegender Position erheblich beeinträchtigt ist, wird wohl kaum „überwiegend selbstständig“ beim Treppensteigen sein. Bei einem solchen Widerspruch sollte die Prüferin oder der Prüfer bei den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung nachfragen, ob sie die Unstimmigkeit aufklären können. Können sie dies nicht in überzeugender Weise, wäre im Prüfbogen anzukreuzen „Auffälligkeit festgestellt“ und in der Rubrik „Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle“ beispielsweise einzutragen „in sich widersprüchliche Angaben zur Mobilität: Positionswechsel im Bett und Treppensteigen“. An dieser Stelle kann die Plausibilitätskontrolle zur Mobilität bei der versorgten Person beendet und mit der Bearbeitung der weiteren Leitfragen fortgefahren werden.

4. Angenommen, die Angaben zur Mobilität sind in sich stimmig:

2	Mobilität (nur körperliche Fähigkeiten bewerten!)	0 = selbstständig 1 = überwiegend selbstständig 2 = überwiegend unselbstständig 3 = unselbstständig
2.1	Positionswechsel im Bett	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
2.2	Halten einer stabilen Sitzposition	<input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
2.3	sich Umsetzen	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
2.4	Fortbewegen innerhalb des Wohnbereichs	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3
2.5	Treppen steigen	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3

Dann würde die Prüferin oder der Prüfer diese Informationen zur Mobilität mit den anderen vorliegenden Informationen vergleichen. Die Herausforderung liegt hier nicht im Vergleich selbst, sondern darin, dass der Ergebnisbogen einen früheren Zustand und die Informationssammlung der Prüferin oder des Prüfers den aktuellen Zustand der versorgten Person beschreibt.

Die Aufgabe der Prüferin oder des Prüfers besteht in der Beantwortung der **Frage, ob es Anhaltspunkte dafür gibt, dass die Angaben zur Mobilität im Erhebungsbogen zur Ergebnisqualität nicht zutreffend sind**. Die Prüferin oder der Prüfer sollte dies anhand folgender Fragen klären:

- a) Entspricht die Beschreibung der Mobilität im Erhebungsbogen zur Ergebnisqualität dem aktuellen Status der Mobilität? An welchen Stellen gibt es Abweichungen?
- b) Welche Entwicklungen oder Ereignisse könnten diese Abweichung erklären?
 - Gab es in den letzten Monaten gravierende Ereignisse wie Schlaganfall oder Fraktur?
 - Liegt eine Erkrankung vor, die mit einem stetigen Mobilitätsverlust einhergeht (z. B. Demenz)?
 - Gibt es Hinweise auf Mobilitätsverluste infolge einer Krankenhausbehandlung?
 - Gibt es andere Gründe?

Es sollte zunächst versucht werden, diese Fragen im Gespräch mit Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Einrichtung zu klären. Geben diese beispielsweise an, dass es zu einer gesundheitlichen Krise mit Auswirkungen auf die Mobilität gekommen ist, so müssten sich bestätigende Hinweise darauf auch in der Pflegedokumentation finden (z. B. Anpassung der Pflegeplanung, Pflegebericht). Können die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter die Veränderungen differenziert und nachvollziehbar beschreiben, so kann auf die Suche nach weiteren Hinweisen verzichtet werden.

- c) Im Ergebnis kommt die Prüferin oder der Prüfer im positiven Fall zur Feststellung: Die vorliegenden Informationen sind plausibel. Unter Berücksichtigung der Entwicklungen und Ereignisse, die aus den verfügbaren Informationsquellen stammen, ist der Unterschied zwischen aktuellem Status und Erhebungsbogen nachvollziehbar.

Ablauf der Plausibilitätskontrolle am Beispiel Dekubitusentstehung

Die Plausibilitätskontrolle ist beim Thema Dekubitus wesentlich einfacher. Während im Falle der Mobilität eine Einschätzung der Selbstständigkeit überprüft werden muss, geht es beim Dekubitus um einen einfachen Abgleich von Informationen. Der Ablauf ist allerdings im Wesentlichen identisch. Die Plausibilitätskontrolle erfolgt hier im Zusammenhang mit der Wundversorgung:

1. Im ersten Schritt erfasst die Prüferin oder der Prüfer wieder unabhängig von der Plausibilitätskontrolle die Informationen, die sie oder er zur Beurteilung der Wundversorgung benötigt:
-

Informationserfassung

Beschreibung vorliegender Wunden																							
<p>Legende:</p> <table border="0"> <tr> <td>1 Hinterkopf</td> <td>10 Knie außen</td> </tr> <tr> <td>2 Ohrmuschel</td> <td>11 Kniescheibe</td> </tr> <tr> <td>3 Schulterblatt</td> <td>12 Knie innen</td> </tr> <tr> <td>4 Schulter</td> <td>13 Knöchel außen</td> </tr> <tr> <td>5 Brustbein</td> <td>14 Fersen</td> </tr> <tr> <td>6 Ellenbogen</td> <td>15 Knöchel innen</td> </tr> <tr> <td>7 Sacralbereich</td> <td></td> </tr> <tr> <td>8 großer Rollhügel</td> <td></td> </tr> <tr> <td>9 Gesäß</td> <td></td> </tr> </table>						1 Hinterkopf	10 Knie außen	2 Ohrmuschel	11 Kniescheibe	3 Schulterblatt	12 Knie innen	4 Schulter	13 Knöchel außen	5 Brustbein	14 Fersen	6 Ellenbogen	15 Knöchel innen	7 Sacralbereich		8 großer Rollhügel		9 Gesäß	
1 Hinterkopf	10 Knie außen																						
2 Ohrmuschel	11 Kniescheibe																						
3 Schulterblatt	12 Knie innen																						
4 Schulter	13 Knöchel außen																						
5 Brustbein	14 Fersen																						
6 Ellenbogen	15 Knöchel innen																						
7 Sacralbereich																							
8 großer Rollhügel																							
9 Gesäß																							
©Lisa Apfelbacher 2016																							
Wunde 1	Art	Dekubitus	Ulcus Cruris	Diabetisches Fußsyndrom	sonstige chronische Wunde	sonstige nicht chronische Wunde																	
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																	

2. Im zweiten Schritt nimmt die Prüferin oder der Prüfer die Angaben im Bogen zur Ergebniserfassung zur Kenntnis:

Ergebniserfassung	
7.1	<p>Hatte der Bewohner während der vergangenen sechs Monate einen Dekubitus?</p> <p><input type="checkbox"/> ja, einmal <input type="checkbox"/> ja, mehrmals <input type="checkbox"/> nein (bei „nein“ weiter mit Frage 8)</p>
7.2	<p>Maximaler Dekubitusgrad in den letzten sechs Monaten</p> <p><input type="checkbox"/> Grad 1 <input type="checkbox"/> Grad 2 <input type="checkbox"/> Grad 3 <input type="checkbox"/> Grad 4 <input type="checkbox"/> unbekannt</p>
7.3	<p>Bitte Zeitraum angeben (nur Dekubitusgrad 2, 3 oder 4 oder wenn Dekubitusgrad unbekannt)</p> <p>vom 15.01.2018 bis 19.01.2018 (ggf. bis heute)</p> <p>vom bis</p>
7.4	<p>Wo ist der Dekubitus entstanden?</p> <p><input type="checkbox"/> in der Pflegeeinrichtung <input type="checkbox"/> im Krankenhaus <input type="checkbox"/> zuhause (vor dem Heimeinzug) <input type="checkbox"/> woanders</p>

3. Der dritte Schritt stellt die Prüfung der Frage „Ist die Information aus der Ergebniserfassung für sich genommen plausibel?“ dar. Sie spielt bei Themen wie Dekubitusentstehung oder Gewichtsverlust eine untergeordnete Rolle und kann übersprungen werden. Dies ist überall dort möglich, wo nur Fakten und keine Einschätzungen verglichen werden.

4. In einem vierten – wichtigen – Schritt vergleicht die Prüferin oder der Prüfer diese Informationen mit den anderen Informationen. Beim Thema Dekubitus sollte immer die Wunddokumentation bzw. die Pflegedokumentation der versorgten Person genutzt werden. Finden sich dort die gleichen Informationen (auch zum Entstehungsort), ist die Plausibilität gegeben. Finden sich in der Wunddokumentation die Angaben „Dekubitus Grad 2“ oder weitere Dekubiti, so wäre im Prüfbogen anzukreuzen „Auffälligkeit festgestellt“ und in der Rubrik „Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle“ einzutragen „Abweichung zu Angaben in der

Pflegedokumentation: Dort wurde Dekubitusgrad 2 angegeben, im Ergebnisbogen aber Dekubitusgrad 1“ oder „Ein zweiter Dekubitus wurde nicht erfasst“.

Nach diesem Muster sind alle Plausibilitätskontrollen im Rahmen der Prüfung durchzuführen.

Anforderungen an die Genauigkeit

Im Falle der Entstehung eines Dekubitus, eines Krankenhausaufenthalts, eines Gewichtsverlusts und anderer Themen kann der Vergleich zwischen Ergebniserfassung und anderen Informationsquellen konkrete Daten und Fakten berücksichtigen.

Bei der Einschätzung der Mobilität, der Selbstständigkeit bei der Selbstversorgung und einiger anderer Themen ist es unzulässig, nach genauer Übereinstimmung zu fragen. Die Informationsgrundlagen reichen nicht aus, um zu klären, ob jede einzelne Angabe der Selbstständigkeitseinschätzung bei der letzten Erhebung im richtigen Kästchen angegeben wurde.

Die zu beantwortende Frage lautet vielmehr, ob das Gesamtbild als plausibel eingestuft werden kann. Die Prüferin oder der Prüfer sollte beispielsweise nicht jedes einzelne der 11 Merkmale der kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten abgleichen und überprüfen, die im Instrument zur Ergebniserfassung zu beurteilen sind. Es ist immer das Gesamtbild zu beurteilen, nicht jedes einzelne Merkmal.

Rationelles Vorgehen

Bei der Plausibilitätskontrolle geht es nicht um detaillierte Nachweise. Die Plausibilitätskontrolle ist an die Informationserfassung gekoppelt, die die Prüferin oder der Prüfer ohnehin durchführt. Dies ist nur eine Abrundung dieser Informationserfassung.

Beurteilung von Auffälligkeiten

Für die Plausibilitätskontrolle werden Flüchtigkeitsfehler, die keine oder nur geringe Auswirkungen für die Berechnung der Ergebnisindikatoren haben (siehe unten aufgeführte Tabelle) nicht als Auffälligkeit erfasst. Zu erfassen sind Auffälligkeiten, die erhebliche Auswirkungen für die Berechnung der Ergebnisindikatoren haben (siehe unten aufgeführte Tabelle).

Abweichungen in der Pflegedokumentation sollten nach Möglichkeit durch ergänzende Auskünfte der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter verifiziert werden.

1.2 Gesamtbeurteilung der Plausibilität der Ergebniserfassung

Die formelle Gesamtbeurteilung der Plausibilität erfolgt im Rahmen der abschließenden Bewertung der Prüfung nach dem Prüfbesuch mit Hilfe des Prüfbogens C Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle, Anlage 3.

Die festgestellten Abweichungen zwischen den einrichtungsintern erhobenen Versorgungsergebnissen (Ergebniserfassung) und den im Rahmen der externen Prüfung erfolgten Feststellungen werden zusammengeführt, um auf dieser Grundlage eine Gesamtbeurteilung der Ergebniserfassung vorzunehmen. Mit der Plausibilitätskontrolle bescheinigt das Prüfteam *nicht*, dass die Einrichtung bei der Ergebniserfassung alles korrekt erfasst hat. Das zusammenführende Ergebnis der Plausibilitätskontrolle lautet: Bei den Personen *aus der Stichprobe* ergaben sich (keine) Hinweise auf fehlende Plausibilität.

Bei der Gesamtbeurteilung werden daher folgende Situationen unterschieden:

1. **Keine Auffälligkeiten:** Bei den versorgten Personen aus der Stichprobe konnten im Rahmen der Plausibilitätskontrolle keine bzw. keine nennenswerten Auffälligkeiten (Flüchtigkeitsfehler, die keine oder nur geringe Auswirkungen für die Berechnung der Ergebnisindikatoren haben) festgestellt werden.
2. **Auffälligkeit festgestellt:** Es wurde festgestellt, dass die Informationen aus der Ergebniserfassung mit Informationen aus anderen Quellen nicht in Einklang stehen und die Abweichung nicht nachvollziehbar aufgeklärt werden konnte. Eine Auswirkung auf die Ergebnisbeurteilung entsprechend der Kategorie „kritischer Bereich“ ist nicht zu erwarten. Auffälligkeiten, die erhebliche Auswirkungen für die Berechnung der Ergebnisindikatoren haben, sind zu werten.
3. **Kritischer Bereich:** Für den betreffenden Themenbereich wurde bei mindestens zwei (ggf. auch mehr) geprüften Personen festgestellt, dass die Angaben der Einrichtung fälschlicherweise auf ein positives Versorgungsergebnis verweisen oder ein tatsächlich vorliegendes negatives Versorgungsergebnis nicht ausweisen.

Die Bewertung „Auffälligkeit festgestellt“ gibt somit Anlass, die Einrichtung auf die betreffende Möglichkeit einer fehlerhaften Ergebniserfassung hinzuweisen. Für die Gesamtbeurteilung ausschlaggebend ist dagegen die Kategorie **kritischer Bereich**. Es gibt insgesamt 12 Fragen, die zur Plausibilitätskontrolle auffordern. Jede dieser Fragen spricht einen anderen Themenbereich an (z. B. Mobilität, Schmerzerfassung, Krankenhausaufenthalte). Ein *kritischer* Themenbereich entspricht einem Themenbereich, der mit diesen Fragen adressiert wird und bei dem jeweils bei einer bestimmten Zahl von Personen ein falsch ausgewiesenes Versorgungsergebnis festgestellt wurde. Hinzu kommen ggf. Fehler im Umgang mit den Ausschlusskriterien. Dabei sind folgende Bewertungsregeln zu beachten:

Auffälligkeiten im Erhebungsreport: Es wurde für mindestens drei versorgte Personen festgestellt, dass

- fälschlicherweise ein Ausschluss aus der Ergebniserfassung erfolgte oder
- die Zuordnung von Pseudonymen fehlerhaft war.

Angaben zur Mobilität (1.1): Bei mindestens zwei versorgten Personen wurde festgestellt, dass

- die Mobilität zum Zeitpunkt der Ergebniserfassung wesentlich stärker beeinträchtigt war als von der Einrichtung angegeben worden ist oder
- bei erheblichem Mobilitätsverlust unzutreffende Angaben über schwerwiegende Krankheitsereignisse gemacht wurden, die den Mobilitätsverlust erklären könnten.

Hierdurch wurde in mindestens zwei Fällen fälschlicherweise ein positives Versorgungsergebnis ausgewiesen oder eine Person mit negativem Versorgungsergebnis fälschlicherweise aus der Kennzahlberechnung ausgeschlossen.

Angaben zu gravierende Sturzfolgen (1.1): Mindestens zwei versorgte Personen haben im relevanten Zeitraum eine gravierende Sturzfolge erlitten, die bei der Ergebniserfassung nicht ausgewiesen wurde. Hierdurch blieb in mindestens zwei Fällen ein negatives Versorgungsergebnis unerwähnt, das nach den geltenden Definitionen dem Verantwortungsbereich der Einrichtung zuzuordnen wäre.

Angaben zum Gewichtsverlust und zu den Faktoren, die das Gewicht beeinflussen (1.2): Bei mindestens zwei versorgten Personen wurde festgestellt,

- dass das Körpergewicht zum Zeitpunkt der Ergebniserfassung *wesentlich* niedriger lag als von der Einrichtung angegeben worden ist oder
- dass die bei der Ergebniserfassung erfragten Angaben, die einen Gewichtsverlust erklären könnten, unzutreffend sind.

Hierdurch blieb in mindestens zwei Fällen ein negatives Versorgungsergebnis unerwähnt, das nach den geltenden Definitionen dem Verantwortungsbereich der Einrichtung zuzuordnen wäre.

Angaben zur Selbstständigkeit bei der Selbstversorgung (1.4): Bei mindestens zwei Personen wurde festgestellt, dass

- die Selbstständigkeit zum Zeitpunkt der Ergebniserfassung wesentlich stärker beeinträchtigt war als von der Einrichtung angegeben worden ist oder
- bei erheblichem Selbstständigkeitsverlust unzutreffende Angaben über schwerwiegende Krankheitsereignisse gemacht wurden, die den Selbstständigkeitsverlust erklären könnten.

Hierdurch wurde in mindestens zwei Fällen fälschlicherweise ein positives Versorgungsergebnis ausgewiesen oder eine versorgte Person mit negativem Versorgungsergebnis aus der Kennzahlberechnung ausgeschlossen.

Angaben zum Thema Schmerz (2.2): Bei mindestens zwei versorgten Personen wurde festgestellt, dass

- entgegen der Angaben der Einrichtung zum Zeitpunkt der Ergebniserfassung eine Schmerzsymptomatik vorlag oder
- Personen mit bestehender Schmerzsymptomatik entgegen der Angaben der Einrichtung zum Zeitpunkt der Ergebniserfassung nicht schmerzfrei waren oder
- die Angaben der Einrichtung zu einer differenzierten Schmerzerfassung nicht korrekt sind.

Hierdurch blieb in mindestens zwei Fällen ein negatives Handlungsergebnis unerwähnt.

Angaben zur Dekubitusentstehung (2.3): Mindestens zwei versorgte Personen haben im relevanten Zeitraum einen Dekubitus Grad 2 oder höher entwickelt, der bei der Ergebniserfassung nicht ausgewiesen wurde. Hierdurch blieb in mindestens zwei Fällen ein negatives Versorgungsergebnis unerwähnt, das nach den geltenden Definitionen dem Verantwortungsbereich der Einrichtung zuzuordnen wäre.

Angaben zur Selbstständigkeit bei der Gestaltung des Alltagslebens und der sozialen Kontakte (3.2): Bei mindestens zwei versorgten Personen wurde festgestellt, dass

- die Selbstständigkeit zum Zeitpunkt der Ergebniserfassung wesentlich stärker beeinträchtigt war als von der Einrichtung angegeben worden ist oder
- bei erheblichem Selbstständigkeitsverlust unzutreffende Angaben über schwerwiegende Krankheitsereignisse gemacht wurden, die den Selbstständigkeitsverlust erklären könnten.

Hierdurch wurde in mindestens zwei Fällen fälschlicherweise ein positives Versorgungsergebnis ausgewiesen oder eine Person mit negativem Versorgungsergebnis aus der Kennzahlberechnung ausgeschlossen.

Angaben zu den kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten (3.2): Bei mindestens zwei versorgten Personen wurde festgestellt, dass die kognitiven und kommunikativen Fähigkeiten zum Zeitpunkt der Ergebniserfassung wesentlich stärker *oder* wesentlich geringer beeinträchtigt waren als von der Einrichtung angegeben worden ist.

Angaben zum Einzug und zur Durchführung eines Integrationsgesprächs (4.1): Bei mindestens zwei versorgten Personen wurde festgestellt, dass ein Integrationsgespräch mit entsprechender Ergebnisdokumentation entgegen der Angaben der Einrichtung nicht stattgefunden hat. Hierdurch wurde in mindestens zwei Fällen fälschlicherweise ein positives Versorgungsergebnis ausgewiesen.

Angaben zu Krankenhausaufenthalten (4.2): Bei mindestens zwei versorgten Personen wurde festgestellt, dass die Einrichtung Angaben zu Krankenhausaufenthalten dokumentiert hat, die nach den Feststellungen der Prüferinnen und Prüfer nicht stattgefunden haben oder entgegen der Angaben der Einrichtung kürzer waren als 14 Tage.

Angaben zur Anwendung von Gurten (4.4): Bei mindestens zwei kognitiv beeinträchtigten Personen wurde entgegen der Angaben der Einrichtung die Anwendung von Gurten innerhalb der letzten vier Wochen nach der Ergebniserfassung durch die Pflegeeinrichtung festgestellt. Hierdurch wurde in mindestens zwei Fällen eine Person mit negativem Versorgungsergebnis aus der Kennzahlberechnung ausgeschlossen.

Angaben zur Anwendung von Bettseitenteilen (4.4): Bei mindestens zwei kognitiv beeinträchtigten Personen wurde entgegen der Angaben der Einrichtung die Anwendung von Bettseitenteilen innerhalb der letzten vier Wochen nach der Ergebniserfassung durch die Pflegeeinrichtung festgestellt. Hierdurch wurde in mindestens zwei Fällen eine Person mit negativem Versorgungsergebnis aus der Kennzahlberechnung ausgeschlossen.

Das Prüfteam sollte den unterschiedlichen Stellenwert von Fehlern berücksichtigen. Hierzu dienen exemplarische Hinweise zur Bewertung von Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle.

Exemplarische Hinweise zur Bewertung von Auffälligkeiten bei der Plausibilitätskontrolle	
Keine oder nur geringe Auswirkungen für die Berechnung der Ergebnisindikatoren sind in folgenden Fällen zu erwarten	Erhebliche Auswirkungen für die Berechnung der Ergebnisindikatoren sind in folgenden Fällen zu erwarten
<ul style="list-style-type: none"> - Dauer von Krankenhausaufenthalten ist nicht korrekt angegeben - Einschätzung kognitiver Beeinträchtigungen bei Personen, die kognitiv stark beeinträchtigt sind, ist ungenau. - Einschätzung der Selbstständigkeit bei der Selbstversorgung ist bei einzelnen der 12 Merkmale ungenau. - Dekubitus Grade 2 bis 4 werden nicht korrekt differenziert. - Informationen zu Verhaltensweisen oder zur Medikation sind fehlerhaft oder nicht nachvollziehbar (nicht relevant für Indikatoren) - Datum der Dekubitusentstehung wird falsch angegeben, liegt aber in den letzten sechs Monaten vor der Ergebniserfassung - Ort der Dekubitusentstehung: fälschlich „Krankenhaus“ statt „zuhause“ - Zahlendreher in Datumsangaben (z.B. 2071 statt 2017 oder 5.1.2017 statt 1.5.2017) - Vereinzelte (!), offensichtliche Verwechslung von Körpergröße und Gewicht (z. B. 87 cm und 179 kg) - Verletzung durch Sturz im Krankenhaus wurde fälschlicherweise angegeben - Sturzverletzung: Aufbringen eines Pflasters durch Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung führt zur Einschätzung „ärztlich behandlungsbedürftig“ - Einzelheiten zur Anwendung von Gurten (z .B. Art des Gurtes) wurden nicht korrekt angegeben 	<ul style="list-style-type: none"> - Der angegebene Krankenhausaufenthalt hat in den letzten Monaten gar nicht stattgefunden - Personen, die kognitiv stark beeinträchtigt sind, werden als nicht oder nur gering kognitiv beeinträchtigt dargestellt. - Bei der Selbstständigkeit bei der Selbstversorgung findet sich bei allen Merkmalen die Wertung „überwiegend selbstständig“ (durchgekennzeichnet). - Dekubitus Grad 2 wurde als Grad 1 oder überhaupt nicht angegeben. - Informationen zur Anbringung von Bettseiten teilen fehlen - Datum der Dekubitusentstehung falsch angegeben: faktisch in den letzten sechs Monaten vor der Ergebniserfassung, im Bogen aber vor zehn Monaten - Ort der Dekubitusentstehung: fälschlich „Krankenhaus“ statt „in der Einrichtung“ (nur letzteres wird der Einrichtung „angelastet“) - Datum des Integrationsgesprächs nicht korrekt angegeben - Mehrfache Abweichungen des Körpergewichts von den Angaben in der Pflegedokumentation - Sturz in der Einrichtung wurde nicht angegeben - Änderungen in der Maßnahmenplanung aufgrund einer Sturzverletzung wurden nicht angegeben - Eine Gurtfixierung, die in den letzten vier Wochen vor der Ergebniserfassung erfolgte, wurde nicht angegeben

QPR – VOLLSTATIONÄRE PFLEGE

ANLAGE 7

Strukturierungshilfe zur Durchführung des Teamgespräches zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI

17. Dezember 2018

Strukturierungshilfe zur Durchführung des Teamgespräches

Das Teamgespräch dient der Zusammenführung der einzelnen Ergebnisse der Prüferinnen und Prüfer und der Vorbereitung des Abschlussgesprächs. Die Prüferinnen und Prüfer tauschen sich über ihre wichtigsten Ergebnisse aus und nehmen vorläufige Bewertungen vor. Vertreter der Einrichtung sollen an diesem Gespräch nicht teilnehmen. Das Teamgespräch unterteilt sich in folgende Bereiche:

1. **Einschätzung der fachlichen Stärken der Einrichtung**
2. **Vorläufige Einschätzung zu Defiziten bei Qualitätsaspekten**
3. **Vorläufige Einschätzung der Plausibilität der Ergebniserfassung**
4. **Gemeinsame Bewertung der bereichsübergreifenden Qualitätsaspekte**
5. **Festlegung der Themen, die im anschließenden Abschlussgespräch mit Vertreterinnen oder Vertretern der Einrichtung angesprochen werden sollen, insbesondere der Themen, zu denen eine Beratung erfolgen soll.**

Es ist zu betonen, dass es sich um vorläufige Einschätzungen handelt, die bei der abschließenden Bewertung zu verifizieren und zu konkretisieren sind. Grundlage des Gesprächs sind sämtliche Feststellungen, die bei der Prüfung der einrichtungsbezogenen und der direkt personenbezogenen Fragen festgehalten wurden, inklusive der Feststellungen, die die Plausibilitätskontrolle betreffen.

1.	Welche fachlichen Stärken wurden im Verlauf der Prüfung sichtbar?
2.	Bei welchen Qualitätsaspekten wurden fachliche, erhebliche oder schwerwiegende Defizite festgestellt?
3.	Vorläufige Einschätzung der Plausibilität der Ergebniserfassung (Grundlage ist der Prüfbogen C, Anlage 3)

4.	Gemeinsame Bewertung der Qualitätsaspekte im Qualitätsbereich 5 – Bedarfsübergreifende fachliche Anforderungen (Grundlage ist der Prüfbogen B, Anlage 2)

5.	Für welche Themen sollen im Abschlussgespräch Ansätze zur Qualitätsverbesserung aufgezeigt werden? Welche Ansätze sind möglicherweise geeignet und praktikabel?

QPR – VOLLSTATIONÄRE PFLEGE

ANLAGE 8

Strukturierungshilfe zur Durchführung des Abschlussgespräches
zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen
und deren Qualität nach § 114 SGB XI

17. Dezember 2018

Strukturierungshilfe zur Durchführung des Abschlussgesprächs

Im Abschlussgespräch wird die Pflegeeinrichtung über zentrale Ergebnisse der Prüfung in Kenntnis gesetzt. Das Abschlussgespräch sollte den Charakter eines Fachgesprächs haben, in dem gemeinsame Überlegungen dazu angestellt werden, wie festgestellte Defizite behoben und der Entstehung von Defiziten vorgebeugt werden kann.

Ablauf:

1. Das Prüfteam erläutert Zweck und Ablauf des Abschlussgesprächs.
2. Das Prüfteam schildert unter Bezugnahme auf die im Teamgespräch ausgewerteten Qualitätsaspekte den Gesamteindruck der Pflegequalität der Einrichtung. Hierbei wird herausgestellt, welche fachlichen Stärken und welche Schwächen während der Prüfung besonders deutlich erkennbar waren.
3. Das Prüfteam informiert die Einrichtung über die wichtigsten Einzelergebnisse der Qualitätsprüfung, insbesondere über festgestellte erhebliche und schwerwiegende Qualitätsdefizite. Die Vertreterinnen und Vertreter der Einrichtung erhalten Gelegenheit zur Schilderung der Maßnahmen zur Qualitätssicherung, die sie ggf. schon eingeleitet haben. Sofern die Einrichtung abweichende Meinungen zu den Feststellungen, insbesondere zu festgestellten Mängeln bei Qualitätsaspekten und der Plausibilität der Ergebniserfassung äußert, werden diese vom Prüfteam schriftlich festgehalten.
4. Das Prüfteam beschreibt in zusammenfassender Form die im Rahmen der Plausibilitätskontrolle festgestellten Auffälligkeiten.
5. Das Prüfteam berät die Einrichtung über mögliche Maßnahmen der Qualitätsverbesserung und benennt Ansatzpunkte, die geeignet sein könnten, Maßnahmen zur Qualitätsverbesserung einzuleiten. Der Sichtweise der Vertreterinnen und Vertreter der Einrichtung sollte ausreichend Raum gegeben werden.
6. Abschluss des Gesprächs und damit auch des Prüfbesuchs.

	Freitextfeld

QPR – VOLLSTATIONÄRE PFLEGE

ANLAGE 9

Struktur und Inhalte des Prüfberichtes zur Prüfung der in Pflegeeinrichtungen erbrachten Leistungen und deren Qualität nach § 114 SGB XI

17. Dezember 2018

Prüfbericht

Die Erstellung des Prüfberichtes erfolgt auf der Grundlage der QPR vollstationär und auf der Basis der Prüfbögen zur Prüfung bei der versorgten Person und zur Prüfung in der Einrichtung. Der Prüfbericht wird EDV-gestützt erstellt. Die Darstellung der Prüfergebnisse im Prüfbericht erfolgt in deskriptiver Form.

Der Prüfbericht gliedert sich in folgende Abschnitte:

- Prüfmaßstab
 1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung
 2. Allgemeine Informationen zur Prüfung
 3. Gesamtbeurteilung der personenbezogenen Versorgung
 4. Beurteilung der bedarfsübergreifenden fachlichen Anforderungen sowie der einrichtungs-internen Organisation und des Qualitätsmanagements
 5. Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle
 6. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten
- Anlagen zum Prüfbericht
 - Prüfbögen A, Anlage 1
 - Prüfbogen C, Anlage 3

Im Prüfbericht sind die im Folgenden dargestellten Anforderungen zu beachten:

Prüfmaßstab

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

1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

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

Position 1-6	erster Tag der Prüfung	= JJMMTT
Position 7	Vollprüfung	= V
Position 8	vollstationär	= S
	Kurzzeitpflege	= K
Position 9-10	MDK Baden-Württemberg	= 18
	MDK Bayern	= 19
	MDK Berlin-Brandenburg	= 01
	MDK im Lande Bremen	= 03
	MDK Nord	= 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 Thüringen	= 24
	MDK Westfalen-Lippe	= 13
	SMD KNAPPSCHAFT	= 31
	PKV-Prüfdienst	= 90
Position 11-16	Dienststelle	
Position 17	Bindestrich	
Position 18-26	Laufende Auftragsnummer	

Beispiel:

200730VS24000006-000005196

(Prüfung am 30.07.2020, Vollprüfung, vollstationäre Einrichtung, MDK Thüringen, Dienststelle 6 – laufende Nummer 5196)

Die Angaben zu den Fragen D bis J des Prüfbogens B Beurteilung auf der Einrichtungsebene werden automatisiert aus dem Prüfbogen in den Prüfbericht übernommen.

2. Allgemeine Informationen zur Prüfung

Unter den allgemeinen Informationen zur Prüfung werden wesentliche Aspekte des Einrichtungsbesuches einschließlich der Beratung im Abschlussgespräch und zur Durchführung der Qualitätsprüfung und Plausibilitätskontrolle dargestellt. Besonders positive oder negative Ergebnisse werden hervorgehoben. Ergeben sich Hinweise für Mängel in der Personalausstattung der Pflegeeinrichtung (z. B. aufgrund der in Prüfbogen B unter „Allgemeine Angaben“ Frage J erfassten Angaben oder der Qualitätsaspekte 2.4, 3.3 oder 6.1) sind diese zusammenfassend zu erläutern.

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

Bei einer Wiederholungsprüfung ist auf die vorangegangene Prüfungen Bezug zu nehmen. Bei einer Anlassprüfung ist auf den Anlass einzugehen.

Die Zusammensetzung und die Anzahl der versorgten Personen, die in die Qualitätsprüfung und Plausibilitätskontrolle einbezogen wurden, werden dargestellt. Personen, bei denen eine Qualitätsprüfung und ggf. Plausibilitätskontrolle der Ergebnisindikatoren erfolgte, werden im Prüfbericht durch P1 bis PX dargestellt.

Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung zur Erfüllung der personenbezogenen Qualitätsaspekte wird als Vermerk „abweichende fachliche Einschätzung“ im Freitextfeld der Anlage 1 Prüfbogen A Beurteilung der personenbezogenen Versorgung protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt. Die Prüfbögen A werden dem Prüfbericht als Anlagen beigelegt.

3. Gesamtbeurteilung der personenbezogenen Versorgung

Die Einzelergebnisse für alle versorgten Personen der Stichprobe werden zusammengeführt und abschließend für jeden Qualitätsaspekt gesondert bewertet. Die Gesamtbeurteilungen je Qualitätsaspekt der personenbezogenen Versorgung aus den Qualitätsbereichen 1 bis 4 des Prüfbogens B werden in den Prüfbericht übernommen.

Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung zur Erfüllung der jeweiligen Qualitätsaspekte werden als Vermerk „abweichende fachliche Einschätzung“ protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt.

Eine nachvollziehbare Benennung der festgestellten Qualitätsdefizite ist erforderlich, damit diese für die Bescheiderteilung der Landesverbände der Pflegekassen sowie für ggf. erforderliche Sozialgerichtsverfahren als Grundlage dienen können.

Bei einer Wiederholungsprüfung ist auf die vorangegangene Prüfungen Bezug zu nehmen. Bei einer Anlassprüfung ist auf den Anlass einzugehen.

4. Beurteilung der bedarfsübergreifenden fachlichen Anforderungen sowie der einrichtungs-internen Organisation und des Qualitätsmanagements

Die Beurteilung je Qualitätsaspekt der bereichsübergreifenden Qualitätsaspekte aus dem Qualitätsbereich 5 sowie der einrichtungsinternen Organisation und des Qualitätsmanagements aus dem Qualitätsbereich 6 des Prüfbogens B werden in den Prüfbericht übernommen.

Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung zur Erfüllung der jeweiligen Qualitätsaspekte wird als Vermerk „abweichende fachliche Einschätzung“ protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt.

Eine nachvollziehbare Benennung der festgestellten Qualitätsdefizite ist erforderlich, damit diese für die Bescheiderteilung der Landesverbände der Pflegekassen sowie für ggf. erforderliche Sozialgerichtsverfahren als Grundlage dienen können.

Bei einer Wiederholungsprüfung ist auf die vorangegangene Prüfungen Bezug zu nehmen. Bei einer Anlassprüfung ist auf den Anlass einzugehen.

5. Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle

Für eine zusammenfassende Bewertung werden wesentliche Aspekte der Plausibilitätskontrolle sowie Auffälligkeiten im Erhebungsreport und sonstige Anmerkungen oder Empfehlungen im Prüfbericht dargestellt.

Eine abweichende Einschätzung der einbezogenen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Einrichtung zur Plausibilitätskontrolle des jeweiligen Ergebnisindikators wird als Vermerk „abweichende fachliche Einschätzung“ im Freitext der Anlage C Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle protokolliert und inhaltlich zusammenfassend dargestellt. Der Prüfbogen C wird dem Prüfbericht als Anlage beigelegt.

6. Empfehlungen zur Beseitigung von Qualitätsdefiziten

Zu bestehenden Auffälligkeiten und Qualitätsdefiziten werden konkrete Maßnahmen zur Beseitigung empfohlen. Diese sind mit differenzierten Fristvorschlägen zu hinterlegen. Dabei ist der Gefährungsgrad der versorgten Personen zu berücksichtigen.

Anlagen

- Prüfbögen A Beurteilung der personenbezogenen Versorgung: Für jede in Augenschein genommene Person wird der Prüfbogen A aufgenommen und mit einer jeweiligen Kennzeichnung P1 bis PX versehen.
 - Prüfbogen C Gesamtergebnis der Plausibilitätskontrolle
-



Theodor-Althoff-Str. 47, 45133 Essen
Telefon: 0201 8327-0
E-Mail: office@mds-ev.de
Internet: www.mds-ev.de



Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon: 030 206288-0
E-Mail: kontakt@gkv-spitzenverband.de
Internet: www.gkv-spitzenverband.de