

**Anlage 2 zu den Qualitätsprüfungs-Richtlinien  
vom 11.06.2009 in der Fassung vom 30.06.2009**

Hinweise:

M	=	Mindestangaben
Info	=	Informationsfrage
T	=	Transparenzkriterium
B	=	sonstige Bewertungsfrage
t.n.z	=	trifft nicht zu
n.e.	=	nicht erforderlich (wird für die Prüfung nicht benötigt)
k.A.	=	keine Angabe
E	=	Empfehlung

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

**Erhebungsbogen zur Prüfung in der Einrichtung  
(Struktur- und Prozessqualität)**

**1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung**

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

<b>M/Info</b>	
<b>1.2</b>	<b>Daten zur Einrichtung</b>
<b>a.</b>	<b>Name</b>
<b>b.</b>	<b>Strasse</b>
<b>c.</b>	<b>PLZ/Ort</b>
<b>d.</b>	<b>Institutions- kennzeichen (IK)</b>
	1.
	2.
	3.
<b>e.</b>	<b>Telefon</b>
<b>f.</b>	<b>Fax</b>
<b>g.</b>	<b>E-Mail</b>
<b>h.</b>	<b>Internet-Adresse</b>
<b>i.</b>	<b>Träger/Inhaber</b>
<b>j.</b>	<b>Trägerart</b>
	<input type="checkbox"/> privat
	<input type="checkbox"/> freigemeinnützig
	<input type="checkbox"/> öffentlich
	<input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln
<b>k.</b>	<b>ggf. Verband</b>
<b>l.</b>	<b>Einrichtungsart</b>
	<input type="checkbox"/> Stationär
	<input type="checkbox"/> Teilstationär
	<input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege
<b>m.</b>	<b>Datum Ab- schluss Ver- sorgungsver- trag</b>
<b>n.</b>	<b>Datum Inbe- triebnahme der Einrichtung</b>
<b>o.</b>	<b>Heimleitung Name</b>
<b>p.</b>	<b>Verantw. PFK Name</b>
<b>q.</b>	<b>Stellv. verantw. PFK Name</b>
<b>r.</b>	<b>Heimmitwir- kung</b>

	<input type="checkbox"/> Heimbeirat	
	<input type="checkbox"/> Heimförsprecher	
<b>s.</b>	<b>ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen</b>	
<b>t.</b>	<b>Zertifizierung</b>	
	<input type="checkbox"/> Liegt vor	
	<input type="checkbox"/> Liegt nicht vor	

<b>M/Info</b>			
<b>1.3</b>	<b>Daten zur Prüfung</b>		
<b>a.</b>	<b>Auftraggeber / Zuständiger Landesverband der Pflegekas- sen</b>	<input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> KBS <input type="checkbox"/> BKK <input type="checkbox"/> LKK <input type="checkbox"/> IKK <input type="checkbox"/> vdek	
<b>b.</b>	<b>Datum</b>		
		<b>von TT.MM.JJ</b>	<b>bis TT.MM.JJ</b>
<b>c.</b>	<b>Uhrzeit</b>		
	<b>1. Tag</b>	<b>von</b>	<b>bis</b>
	<b>2. Tag</b>	<b>von</b>	<b>bis</b>
	<b>3. Tag</b>	<b>von</b>	<b>bis</b>
<b>d.</b>	<b>Gesprächspart- ner der Einrich- tung</b>		
<b>e.</b>	<b>Prüfende(r) Gut- achter</b>		
<b>f.</b>	<b>An der Prüfung Beteiligte</b>  <input type="checkbox"/> Pflegekasse  <input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger  <input type="checkbox"/> Heimaufsicht  <input type="checkbox"/> Gesundheitsamt  <input type="checkbox"/> Trägerverband <input type="checkbox"/> Sonstige: wel- che?	<b>Namen</b>	
<b>g.</b>	Ansprechpartner des MDK	<b>Name</b>	
		<b>E-Mailadresse</b>	

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

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

	ggf. Datum	liegt vor	liegt nicht vor	t.n.z.	n. e.
Aufstellung über die Anzahl der vorgehaltenen und belegten Wohnplätze sowie der versorgten Bewohner, differenziert nach Wohnbereichen und Pflegestufen mit Datum		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
wohnbereichsbezogene Aufstellung über die Anzahl der Bewohner mit:		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
- Wachkoma - Beatmungspflicht - Dekubitus - Blasenkatheter - PEG-Sonde - Fixierung					
- Kontraktur - vollständiger Immobilität - Tracheostoma - MRSA - Diabetes mellitus					
Versorgungsvertrag der Einrichtung/Strukturerhebungsbogen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ausbildungsnachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Weiterbildungsnachweis der verantwortlichen Pflegefachkraft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Ausbildungsnachweis der stellvertretenden verantwortlichen Pflegefachkraft		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pflegebezogene Ausbildungsnachweise der pflegerischen Mitarbeiter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Aufstellung aller in der Pflege und Betreuung tätigen Mitarbeiter mit Name, Berufsausbildung und Beschäftigungsumfang		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
aktuelle Handzeichenliste		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Liste der von der Einrichtung vorgehaltenen Pflegehilfsmittel/Hilfsmittel		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Dienstpläne		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pflegeleitbild		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pflegekonzept		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hauswirtschaftskonzept		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Konzept soziale Betreuung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pflegedokumentationssystem		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Schriftliche Mitteilung an Landesverbände der Pflegekassen über Zusatzleistungen nach § 88 Abs. 2 Nr. 3 SGB XI		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stellenbeschreibungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Nachweise über Pflegevisiten		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweise über Fallbesprechungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nachweise über Informationsweitergabe		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Nachweise über Dienstbesprechungen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Fortbildungsplan		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Nachweise interne Fortbildung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Nachweise externe Fortbildung		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Nachweise zum einrichtungsinternen Qualitätsmanagement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Organigramm		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Nachweise externes Qualitätsmanagement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Pflegestandards/Leitlinien/Richtlinien		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hygienestandard/-plan/-konzept		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

Konzept zum Beschwerdemanagement		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Regelungen zum Umgang mit personenbezogenen Notfällen		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
Hauswirtschaftsbezogene Ausbildungsnachweise der hauswirtschaftlichen Mitarbeiter		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>M/Info</b>
<b>1.6 Art der Einrichtung und Versorgungssituation</b>

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

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

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

	ja <input type="checkbox"/>												
	nein <input type="checkbox"/>												
			<b>Gesamt:</b>										

<b>M/Info</b>	
<b>1.8</b>	<b>Nach Angabe der Pflegeeinrichtung Anzahl Bewohner mit:</b>
<b>a.</b>	Wachkoma
<b>b.</b>	Beatmungspflicht
<b>c.</b>	Dekubitus
<b>d.</b>	Blasenkatheter
<b>e.</b>	PEG-Sonde
<b>f.</b>	Fixierung
<b>g.</b>	Kontraktur
<b>h.</b>	vollständiger Immobilität
<b>i.</b>	Tracheostoma
<b>j.</b>	MRSA
<b>k.</b>	Diabetes mellitus
<b>M/Info</b>	
<b>1.9</b>	<b>Ist ein pflegefachlicher Schwerpunkt vereinbart?</b>
<b>Wenn ja, welcher?</b>	

ja nein

<b>M/Info</b>	
<b>1.10</b>	<b>Werden Zusatzleistungen gemäß § 88 SGB XI von der Pflegeeinrichtung angeboten?</b>
<b>Wenn ja, welche?</b>	

ja nein

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

ja nein

## 2. Allgemeine Angaben

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

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

		ja	nein	t.n.z.	E.
<b>2.3</b>	<b>Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnern mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen trifft für die Einrichtung Folgendes zu:</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T40/B					
<b>a.</b>	Sind zielgruppengerechte Bewegungs- und Aufenthaltsflächen vorhanden (auch nachts)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T41/B					
<b>b.</b>	Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T42/B					
<b>c.</b>	Gibt es eine identifikationserleichternde Milieugestaltung in Zimmern und Aufenthaltsräumen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T43/B					
<b>d.</b>	Wird mit individuellen Orientierungshilfen, z.B. Fotos, gearbeitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M/B</b>					
<b>2.4</b>	<b>Ist für die Bewohner bei Bedarf das jederzeitige Verlassen und Betreten der Pflegeeinrichtung gewährleistet (z.B. durch Pförtner, Vergabe von Schlüsseln, Klingel etc.)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 3. Aufbauorganisation Personal

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

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

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

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

Info	
<b>3.5</b>	<b>Ist die verantwortliche Pflegefachkraft in der direkten Pflege tätig?</b>
<b>Mit welchem Stundenumfang?</b>	

ja  nein  E.

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

ja  nein  E.

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

ja  nein  E.

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

Sonstige						
<b>hauswirtschaftliche Versorgung</b>						
hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3 jährige Ausb.)						
Hilfskräfte und ange- lernte Kräfte						

#### 4. Ablauforganisation

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

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

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

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

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

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

## 5. Konzeptionelle Grundlagen

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

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

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

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

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

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

## 6. Qualitätsmanagement

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

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

		ja	nein	t.n.z.	E.
<b>6.3</b>	<b>Werden die für die stationäre Pflege relevanten Aussagen der Expertenstandards des DNQP<sup>1</sup> im Rahmen des Qualitätsmanagements berücksichtigt oder sind konkrete Maßnahmen in dieser Hinsicht geplant?</b>				<input type="checkbox"/>
	M/B				
<b>a.</b>	Dekubitusprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
<b>b.</b>	Pflegerisches Schmerzmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/B				
<b>c.</b>	Sturzprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
<b>d.</b>	Kontinenzförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
<b>e.</b>	Chronische Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
<b>6.4</b>	<b>Werden Maßnahmen der internen Qualitätssicherung im Bereich Pflege durchgeführt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		E. <input type="checkbox"/>
	B				
<b>6.5</b>	<b>Werden Maßnahmen der internen Qualitätssicherung im Bereich Hauswirtschaft durchgeführt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		E. <input type="checkbox"/>
	B				
<b>6.6</b>	<b>Wird das einrichtungsinterne Qualitätsmanagement entsprechend dem kontinuierlichen Verbesserungsprozess (im Sinne des PDCA-Zyklus) gehandhabt?</b>	ja	nein		E. <input type="checkbox"/>
	M/B				
<b>a.</b>	Istanalyse, Zielformulierung und Maßnahmenplanung (Plan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
<b>b.</b>	Umsetzung (Do)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
<b>c.</b>	Überprüfung der Wirksamkeit (Check)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/B				
<b>d.</b>	Anpassung der Maßnahmen (Act)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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

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

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

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

		ja	nein	E.
<b>6.10</b>	<b>Werden aktuelle Fachliteratur und Fachzeitschriften für die Mitarbeiter in der Einrichtung im Bereich Pflege zugänglich vorgehalten?</b>			<input type="checkbox"/>
	B			
a.	Auswahl aktueller tätigkeitsbezogener Fachbücher, die allen Mitarbeitern zugänglich ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	B			
b.	mindestens eine periodisch erscheinende Fachzeitschrift, die allen Mitarbeitern z.B. per Umlauf zugänglich ist	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

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

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

	ja	nein	E.
<b>6.14 Verfügt die Pflegeeinrichtung über ein Beschwerdemanagement?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
M/T55/B			

## 7. Pflegedokumentationssystem

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

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

## 8. Hygiene

M/T58/B		ja	nein	E.
<b>8.1</b>	<b>Ist der Gesamteindruck der Einrichtung im Hinblick auf Sauberkeit und Hygiene gut? (z.B. Optische Sauberkeit, Ordnung, Geruch)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

		ja	nein	E.
<b>8.2</b>	<b>Gibt es in der Pflegeeinrichtung ein angemessenes Hygienemanagement?</b>			<input type="checkbox"/>
M/B				
<b>a.</b>	innerbetriebliche Verfahrensweisen zur Desinfektion und Umgang mit Sterilgut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
<b>b.</b>	Reinigung und Ver- und Entsorgung kontagiöser oder kontaminierter Gegenstände	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
<b>c.</b>	Durchführung innerbetrieblicher Verfahrensanweisungen wird regelmäßig überprüft	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
<b>d.</b>	innerbetriebliche Verfahrensanweisungen Mitarbeitern bekannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B				
<b>e.</b>	alle im Rahmen des Hygienemanagements erforderlichen Desinfektionsmittel sind vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

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

## 9. Verpflegung

<b>M/T62/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>E.</b>
<b>9.1</b>	<b>Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form bekannt gegeben?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T61/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>E.</b>
<b>9.2</b>	<b>Wird in der Einrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speiseangebot vorgehalten?</b>			<input type="checkbox"/>
<b>M/B</b>				
<b>a.</b>	<b>Wahlmöglichkeiten</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M/T60/B</b>				
<b>b.</b>	<b>Wird Diätkost, z.B. für Menschen mit Diabetes angeboten?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M/B</b>				
<b>c.</b>	<b>Wunschkost</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M/T45/B</b>				
<b>d.</b>	<b>Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T61/B</b>				
<b>e.</b>	<b>Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohner orientiert (z.B. wird die Nahrung nur bei tatsächlicher Notwendigkeit klein geschnitten oder als passierte Kost serviert)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M/B</b>				
<b>f.</b>	<b>bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Schluckstörungen</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T63/B</b>				
<b>g.</b>	<b>Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohner?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

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

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

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

		ja	nein	t.n.z.	E.
<b>9.6</b>	<b>Wird speziellen Erfordernissen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Bewohner Rechnung getragen?</b>				<input type="checkbox"/>
	B				
<b>a.</b>	geeignete Regelungen zur Vermeidung von Mangelernährung und Exsikkose	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
<b>b.</b>	mindestens drei Haupt- und zwei Zwischenmahlzeiten angeboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
<b>c.</b>	der Abstand zwischen der zuletzt für alle Bewohner angebotenen Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen beträgt weniger als 12 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
<b>d.</b>	der Abstand der zuletzt für Bewohner mit Diabetes mellitus oder gerontopsychiatrisch beeinträchtigte Bewohner angebotenen Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen beträgt weniger als 10 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/T64/B				
<b>9.7</b>	<b>Werden Speisen und Getränke in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und entspannter Atmosphäre angeboten?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

## 10. Soziale Betreuung

	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>E.</b>
<b>10.1 Werden Leistungen der sozialen Betreuung angeboten?</b>			<input type="checkbox"/>
M/T46/B			
<b>a.</b> Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Gruppenangebote gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T47/B			
<b>b.</b> Werden im Rahmen der sozialen Betreuung Einzelangebote gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T48/B			
<b>c.</b> Veranstaltet das Pflegeheim jahreszeitliche Feste?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T49/B			
<b>d.</b> Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T50/B			
<b>e.</b> Gibt es Maßnahmen zur Kontaktpflege zu den Angehörigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/T51/B			
<b>10.2 Sind die Angebote der sozialen Betreuung auf die Struktur und Bedürfnisse der Bewohner ausgerichtet?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>E.</b> <input type="checkbox"/>
B			
<b>10.3 Wird die soziale Betreuung durch festangestellte Mitarbeiter koordiniert?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<b>E.</b> <input type="checkbox"/>
B			
<b>10.4 Besitzt der für die Betreuung der gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Bewohner zuständige Mitarbeiter spezielle Kenntnisse (Fort- und/oder Weiterbildung)? Wenn ja welche?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z.</b>	<b>E.</b> <input type="checkbox"/>
<b>10.5 Ist das Angebot an sozialer Betreuung ausreichend?</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>E.</b> <input type="checkbox"/>
<b>a.</b> Angebot zu unterschiedlichen Tageszeiten (z.B. Montag vormittags, Dienstag nachmittags)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B			
<b>b.</b> für Bewohner mit vollständiger Immobilität nahezu tägliches Angebot zur Tagesstrukturierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
M/B			
<b>c.</b> für Bewohner mit gerontopsychiatrischen Beeinträchtigungen (z.B. Demenz, Depression) nahezu tägliches Angebot zur Tagesstrukturierung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
B			
<b>10.6 Werden diese Angebote den Bewohnern in geeigneter Weise zur Kenntnis gebracht?</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>E.</b> <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>B</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>E.</b>
<b>10.7 Wird Beratung angeboten?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>E.</b>
<b>10.8 Wird die Eingewöhnung der Bewohner in die Pflegeeinrichtung systematisch begleitet?</b>			<input type="checkbox"/>
<b>M/T52/B</b>			
<b>a.</b> Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die Pflegeeinrichtung (z.B. Bezugspersonen, Unterstützung bei der Orientierung, Integrationsgespräch nach 6 Wochen)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M/T53/B</b>			
<b>b.</b> Wird die Eingewöhnungsphase systematisch ausgewertet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>M/T54/B</b>	<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>E.</b>
<b>10.9 Gibt es ein Angebot zur Sterbebegleitung auf der Basis eines Konzeptes?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Erhebungsbogen zur Prüfung beim Bewohner  
(Prozess- und Ergebnisqualität)**

**11. Allgemeine Angaben**

M/Info				
11.1 Auftragsnummer:				
Datum		Uhrzeit		Nummer Erhebungsbogen

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

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

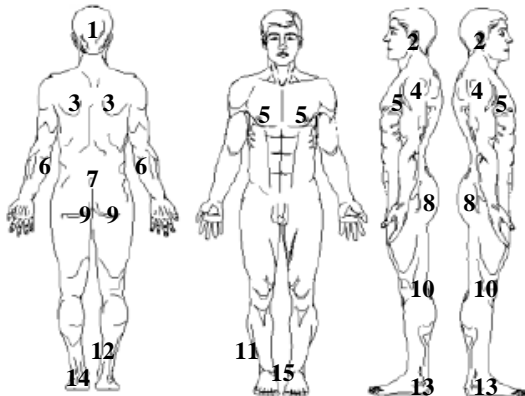
## 12. Behandlungspflege

<b>M/T1/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z.</b>	<b>E.</b>
<b>12.1</b>	Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T2/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z.</b>	<b>E.</b>
<b>12.2</b>	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T3/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z.</b>	<b>E.</b>
<b>12.3</b>	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T4/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z.</b>	<b>E.</b>
<b>12.4</b>	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/Info</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>		
<b>12.5</b>	Hat der Bewohner chronische Schmerzen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	Von:				
	Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>			
	Einrichtung übernommen	<input type="checkbox"/>			
<b>M/T20/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z.</b>	<b>E.</b>
<b>12.6</b>	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T21/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z.</b>	<b>E.</b>
<b>12.7</b>	Kooperiert das Pflegeheim bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T12/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z.</b>	<b>E.</b>
<b>12.8</b>	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die verordneten Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T5/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z.</b>	<b>E.</b>
<b>12.9</b>	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z.</b>	<b>E.</b>
<b>12.10</b>	Ist der Umgang mit Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**M/Info**

t.n.z.

**12.11 Beschreibung vorliegender Wunden**



Legende:

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

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

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

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

t.n.z.

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

ja     nein     t.n.z.     E.

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

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

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

**13. Mobilität**

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

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

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

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

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

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

<b>M/Info</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	
<b>13.7 Liegt ein Dekubitusrisiko vor?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Punkte____	nach: Norton <input type="checkbox"/> Braden <input type="checkbox"/> Sonstige <input type="checkbox"/>	Von: Gutachter erhoben <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input type="checkbox"/>		
<b>M/T6/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>E.</b>
<b>13.8 Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T7/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z.</b>
<b>13.9 Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/Info</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	
<b>13.10 Liegt ein Kontrakturrisiko vor?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input type="checkbox"/>				
<b>M/T27/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>E.</b>
<b>13.11 Wird das individuelle Kontrakturrisiko erfasst?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T28/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z.</b>
<b>13.12 Werden die erforderlichen Kontrakturprophylaxen durchgeführt?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**14. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung**

<b>M/Info</b>	
<b>14.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung</b>	
<b>a.</b> Aktuelles Gewicht	kg
<b>b.</b> Aktuelle Größe	cm
<b>c.</b> BMI (kg/m <sup>2</sup> )	
<b>d.</b> Gewichtsverlauf in den letzten sechs Monaten	<input type="checkbox"/> zugenommen <input type="checkbox"/> konstant <input type="checkbox"/> relevante Abnahme <input type="checkbox"/> kann nicht ermittelt werden
<b>e.</b> Flüssigkeitsversorgung	<input type="checkbox"/> unauffällig <input type="checkbox"/> konzentrierter Urin <input type="checkbox"/> trockene Schleimhäute <input type="checkbox"/> stehende Hautfalten <input type="checkbox"/> kein Speichelsee unter Zunge

M/Info									
<b>14.2 Der Bewohner ist versorgt mit:</b>									
	<b>Beschreibung</b>								
<b>a.</b> <input type="checkbox"/> Magensonde <input type="checkbox"/> PEG-Sonde <input type="checkbox"/> PEJ-Sonde	<input type="checkbox"/> vollständige Sondenernährung <input type="checkbox"/> teilweise Sondenernährung <input type="checkbox"/> zusätzliche Nahrungsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> zusätzliche Flüssigkeitsaufnahme möglich <input type="checkbox"/> Applikation per Pumpe <input type="checkbox"/> Applikation per Schwerkraft <input type="checkbox"/> Applikation per Bolus								
	<table border="1"> <tr> <td>Nahrung</td> <td>kcal/24 h</td> <td>Fluss-rate</td> <td>ml/h</td> </tr> <tr> <td>Flüssigkeit</td> <td>ml/24 h</td> <td>Fluss-rate</td> <td>ml/h</td> </tr> </table>	Nahrung	kcal/24 h	Fluss-rate	ml/h	Flüssigkeit	ml/24 h	Fluss-rate	ml/h
	Nahrung	kcal/24 h	Fluss-rate	ml/h					
	Flüssigkeit	ml/24 h	Fluss-rate	ml/h					
<b>(Zustand Sonde, Eintrittsstelle, Verband)</b>									
<b>b.</b> <input type="checkbox"/> Subkutaner Infusion									
<b>c.</b> <input type="checkbox"/> i.v.-Infusion									
<b>d.</b> <input type="checkbox"/> Hilfsmitteln									
<b>e.</b> <input type="checkbox"/> Sonstigem									

t.n.z.

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

ja  nein

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

ja  nein

M/T13/B	
<b>14.5 Werden individuelle Ernährungsressourcen und Risiken erfasst?</b>	

ja  nein  E.

<b>M/T16/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>		<b>E.</b>
<b>14.6</b>	<b>Werden individuelle Ressourcen und Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>M/T14/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z.</b>	<b>E.</b>
<b>14.7</b>	<b>Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Nahrungsversorgung durchgeführt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T17/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z.</b>	<b>E.</b>
<b>14.8</b>	<b>Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T15/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>		<b>E.</b>
<b>14.9</b>	<b>Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>M/T18/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>		<b>E.</b>
<b>14.10</b>	<b>Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der Einrichtung?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>M/T19/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z.</b>	<b>E.</b>
<b>14.11</b>	<b>Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15. Urininkontinenz**

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

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

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

<b>M/T23/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z.</b>	<b>E.</b>
<b>15.4</b>	<b>Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkathe- ter die erforderlichen Maßnahmen durchge- führt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**16. Umgang mit Demenz**

<b>M/Info</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>		
<b>16.1 Orientierung und Kommunikation</b>					
<b>a.</b>	sinnvolles Gespräch möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>b.</b>	nonverbale Kommunikation möglich	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>c.</b>	Orientierung in allen Qualitäten vorhanden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<b>M/T36/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z.</b>	<b>E.</b>
<b>16.2 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biographie des Heimbewohners beachtet und bei der Tagesgestaltung berücksichtigt?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T37/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z.</b>	<b>E.</b>
<b>16.3 Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugspersonen in die Planung der Pflege einbezogen?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T38/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z.</b>	<b>E.</b>
<b>16.4 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung in der Pflegeplanung berücksichtigt?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T44/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z.</b>	<b>E.</b>
<b>16.5 Werden dem Bewohner mit Demenz geeignete Angebote gemacht, z.B. zur Bewegung, Kommunikation oder zur Wahrnehmung?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T39/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z.</b>	<b>E.</b>
<b>16.6 Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag ermittelt und dokumentiert und werden daraus Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 17. Körperpflege

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

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

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

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

**18. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität**

<b>M/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>		<b>E.</b>
<b>18.1</b>	<b>Wird beim Pflegeprozess die individuelle soziale Betreuung berücksichtigt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>M/T29/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z.</b>	<b>E.</b>
<b>18.2</b>	<b>Liegen bei freiheitseinschränkenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T30/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z.</b>	<b>E.</b>
<b>18.3</b>	<b>Wird die Notwendigkeit der freiheitseinschränkenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T33/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>		<b>E.</b>
<b>18.4</b>	<b>Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>M/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>		<b>E.</b>
<b>18.5</b>	<b>Sind die Mitarbeiter entsprechend ihrer fachlichen Qualifikation eingesetzt worden?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>M/B</b>		<b>ja</b>	<b>nein</b>	<b>t.n.z.</b>	<b>E.</b>
<b>18.6</b>	<b>Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>19.</b>	<b>Sonstiges</b>				

## Erhebungsbogen zur Befragung der Bewohner

### 20. Befragung der Bewohner

M/Info				
<b>20.1 Auftragsnummer:</b>				
<b>Datum</b>		<b>Uhrzeit</b>		<b>Nummer Erhebungsbogen</b>

M/Info					ja	nein
<b>20.2 Angaben zum Bewohner</b>						
<b>a.</b>		Name				
<b>b.</b>		Pflegekasse				
<b>c.</b>		Pflege-/Wohnbereich				
<b>d.</b>		Geburtsdatum				
<b>e.</b>		Pflegestufe				
	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> II	<input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> Härtefall	<input type="checkbox"/> nicht pflegebedürftig (SGB XI)	<input type="checkbox"/> noch nicht eingestuft	
<b>f.</b>	Ist die Alltagskompetenz nach Angaben der Pflegeeinrichtung eingeschränkt?				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>g.</b>	Ist der Bewohner mit der Befragung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T72/B					immer	häufig	geleg.	nie	k.A.
<b>20.3</b>	<b>Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?</b>				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>M/T73/B</b>		<b>immer</b>	<b>häufig</b>	<b>geleg.</b>	<b>nie</b>	<b>t.n.z</b>	<b>k.A.</b>
<b>20.4</b>	<b>Nehmen sich die Pflegenden ausreichend Zeit für Sie?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T65/B</b>		<b>immer</b>	<b>häufig</b>	<b>geleg.</b>	<b>nie</b>	<b>t.n.z</b>	<b>k.A.</b>
<b>20.5</b>	<b>Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T66/B</b>		<b>immer</b>	<b>häufig</b>	<b>geleg.</b>	<b>nie</b>		<b>k.A.</b>
<b>20.6</b>	<b>Entscheiden Sie, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>M/T67/B</b>		<b>immer</b>	<b>häufig</b>	<b>geleg.</b>	<b>nie</b>	<b>t.n.z</b>	<b>k.A.</b>
<b>20.7</b>	<b>Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T68/B</b>		<b>immer</b>	<b>häufig</b>	<b>geleg.</b>	<b>nie</b>	<b>t.n.z</b>	<b>k.A.</b>
<b>20.8</b>	<b>Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen z.B. beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T74/B</b>		<b>immer</b>	<b>häufig</b>	<b>geleg.</b>	<b>nie</b>	<b>t.n.z</b>	<b>k.A.</b>
<b>20.9</b>	<b>Fragen die Mitarbeiter der Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T75/B</b>		<b>immer</b>	<b>häufig</b>	<b>geleg.</b>	<b>nie</b>	<b>tnz</b>	<b>k.A.</b>
<b>20.10</b>	<b>Schmeckt Ihnen das Essen i.d.R.?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T71/B</b>		<b>ja</b>			<b>nein</b>	<b>t.n.z</b>	<b>k.A.</b>
<b>20.11</b>	<b>Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?</b>	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T76/B</b>		<b>immer</b>	<b>häufig</b>	<b>geleg.</b>	<b>nie</b>	<b>tnz</b>	<b>k.A.</b>
<b>20.12</b>	<b>Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T77/B</b>		<b>immer</b>	<b>häufig</b>	<b>geleg.</b>	<b>nie</b>	<b>t.n.z</b>	<b>k.A.</b>
<b>20.13</b>	<b>Bekommen Sie Ihrer Meinung nach jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>M/T78/B</b>		<b>im- mer</b>	<b>häu- fig</b>	<b>ge- leg.</b>	<b>nie</b>	<b>t.n.z</b>	<b>k.A.</b>
<b>20.14</b>	<b>Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T79/B</b>		<b>im- mer</b>	<b>häu- fig</b>	<b>ge- leg.</b>	<b>nie</b>	<b>t.n.z</b>	<b>k.A.</b>
<b>20.15</b>	<b>Wird Ihnen die Teilnahme an Beschäftigungsangeboten ermöglicht?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T80/B</b>		<b>im- mer</b>	<b>häu- fig</b>	<b>ge- leg.</b>	<b>nie</b>	<b>t.n.z</b>	<b>k.A.</b>
<b>20.16</b>	<b>Werden Ihnen Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien angeboten?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T81/B</b>		<b>im- mer</b>	<b>häu- fig</b>	<b>ge- leg.</b>	<b>nie</b>	<b>t.n.z</b>	<b>k.A.</b>
<b>20.17</b>	<b>Können Sie jederzeit Besuch empfangen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T70/B</b>		<b>im- mer</b>	<b>häu- fig</b>	<b>ge- leg.</b>	<b>nie</b>		<b>k.A.</b>
<b>20.18</b>	<b>Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<b>M/T82/B</b>		<b>im- mer</b>	<b>häu- fig</b>	<b>ge- leg.</b>	<b>nie</b>	<b>t.n.z</b>	<b>k.A.</b>
<b>20.19</b>	<b>Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>M/T69/B</b>		<b>im- mer</b>	<b>häu- fig</b>	<b>ge- leg.</b>	<b>nie</b>	<b>t.n.z</b>	<b>k.A.</b>
<b>20.20</b>	<b>Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben? (Achtung Antwortkategorien verändert)</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>