

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

Legende/Antwortoptionen:

- M = Mindestangabe
- Info = Informationsfrage
- T = Transparenzkriterium
- B = (sonstige) Bewertungsfrage
- E = Empfehlung
  
- Ja
- Nein
- t.n.z = trifft nicht zu
- nicht geprüft
- immer
- häufig
- geleg. = gelegentlich
- nie
- k. A. = keine Angabe
  
- MA = Mitarbeiter<sup>1</sup>
- PFK = Pflegefachkraft

---

<sup>1</sup>Da die Verwendung der geschlechtlichen Paarformen die Verständlichkeit und Klarheit erheblich einschränken würde, wird auf die Nennung beider Formen verzichtet. Die verwendeten Personenbezeichnungen gelten deshalb jeweils auch in ihrer weiblichen Form.

# Erhebungsbogen zur Prüfung in der stationären Pflegeeinrichtung (Struktur- und Prozessqualität)

## 1. Angaben zur Prüfung und zur Einrichtung

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

M/Info									
<b>1.2 Daten zur Einrichtung</b>									
<b>a. Name</b>									
<b>b. Straße</b>									
<b>c. PLZ/Ort</b>									
<b>d. Institutionskennzeichen (IK)</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td style="border: none;">1.</td><td></td></tr> <tr><td style="border: none;">2.</td><td></td></tr> <tr><td style="border: none;">3.</td><td></td></tr> <tr><td style="border: none;">4.</td><td></td></tr> </table>	1.		2.		3.		4.	
1.									
2.									
3.									
4.									
<b>e. Telefon</b>									
<b>f. Fax</b>									
<b>g. E-Mail</b>									
<b>h. Internet-Adresse</b>									
<b>i. Träger/Inhaber</b>									
<b>j. Trägerart</b>	<input type="checkbox"/> privat <input type="checkbox"/> freigemeinnützig <input type="checkbox"/> öffentlich <input type="checkbox"/> nicht zu ermitteln								
<b>k. ggf. Verband</b>									
<b>l. Einrichtungsart</b>	<input type="checkbox"/> stationär <input type="checkbox"/> teilstationär <input type="checkbox"/> Kurzzeitpflege								
<b>m. Datum Abschluss Versorgungsvertrag</b>									
<b>n. Datum Inbetriebnahme der stationären Pflegeeinrichtung</b>									
<b>o. Heimleitung Name</b>									

p.	<b>Verantw. PFK Name</b>	
q.	<b>Stellv. verantw. PFK Name</b>	
r.	<b>ggf. vorhandene Zweigstellen/Filialen</b>	
s.	<b>Zertifizierung</b>	<input type="checkbox"/> liegt vor <input type="checkbox"/> liegt nicht vor
t.	<b>Name des Ansprechpartners für die DCS</b>	
u.	<b>E-Mail des Ansprechpartners für die DCS</b>	
v.	<b>Rufnummer des Ansprechpartners für die DCS</b>	
w.	<b>Faxnummer des Ansprechpartners für die DCS</b>	

M/Info			
<b>1.3 Daten zur Prüfung</b>			
a.	<b>Auftraggeber / Zuständiger Landesverband der Pflegekassen</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>Prüfung durch</b>	<input type="checkbox"/> MDK <input type="checkbox"/> PKV-Prüfdienst	
c.	<b>Datum</b>		
		<b>von TT.MM.JJJJ</b>	<b>bis TT.MM.JJJJ</b>
d.	<b>Uhrzeit</b>		
		<b>1. Tag</b>	<b>von</b>
	<b>2. Tag</b>	<b>von</b>	<b>bis</b>
	<b>3. Tag</b>	<b>von</b>	<b>bis</b>
e.	<b>Gesprächspartner der stationären Pflegeeinrichtung</b>		
f.	<b>Prüfende(r) Gutachter</b>		
g.	<b>An der Prüfung Beteiligte</b>	<b>Namen</b>	

<input type="checkbox"/> Pflegekasse	
<input type="checkbox"/> Sozialhilfeträger	
<input type="checkbox"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	
<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	
<input type="checkbox"/> Trägerverband	
<input type="checkbox"/> Sonstige: welche?	
<b>h.</b> Ansprechpartner des MDK/PKV-Prüfdienstes für die DCS	<b>Name</b>
	<b>E-Mailadresse</b>

<small>M/Info</small>		
<b>1.4 Prüfungsauftrag nach § 114 SGB XI</b>		
a. <input type="checkbox"/> Regelprüfung		
b. <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Beschwerde Bewohner, Angehörige o.ä.) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (Hinweise von anderen Institutionen) <input type="checkbox"/> Anlassprüfung (sonstige Hinweise)		
c. <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Regelprüfung <input type="checkbox"/> Wiederholungsprüfung nach Anlassprüfung		
d. <input type="checkbox"/> nächtliche Prüfung		
e. Datum der letzten Prüfung nach § 114 Abs. 1 SGB XI		
	TT.MM.JJJJ	
f. Letzte Prüfungen anderer Prüfinstitutionen	<input type="checkbox"/> Nach heimrechtlichen Vorschriften zuständige Aufsichtsbehörde	TT.MM.JJJJ
	<input type="checkbox"/> Gesundheitsamt	
	<input type="checkbox"/> Sonstige	
	<input type="checkbox"/> keine Angaben	

<small>M/Info</small>	
<b>1.5 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				

<small>M/Info</small>									
1.6 Struktur der Wohn- und Pflegebereiche									
Wohn-/Pflegebereich	Bereich auf 1 Ebene	Anzahl Bewohner	davon nach SGB XI eingestuft in Pflegegrad						
			keiner	1	2	3	4	5	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"/>								

<small>M/Info</small>	
<b>1.7 Nach Angabe der stationären Pflegeeinrichtung Anzahl Bewohner mit:</b>	
a.	Wachkoma
b.	Beatmungspflicht
c.	Dekubitus
d.	Blasenkatheter
e.	PEG-Sonde
f.	Fixierung
g.	Kontraktur
h.	vollständiger Immobilität
i.	Tracheostoma
j.	MRSA

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>
<b>1.8</b>	<b>Ist ein pflegfachlicher Schwerpunkt vereinbart?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Wenn ja, welcher?			

<small>B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>	<small>E.</small>
<b>1.9</b>	<b>Wenn schwerpunktmäßig besondere Personengruppen versorgt werden: Werden die diesbezüglichen Anforderungen erfüllt?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>B</small>					
<b>a.</b>	schriftlich dargelegt im Einrichtungskonzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>					
<b>b.</b>	Pflegfachkräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fort- und/oder Weiterbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>					
<b>c.</b>	Pflegehilfskräfte mit schwerpunktspezifischen Kenntnissen (Fortbildung)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>B</small>					
<b>d.</b>	vereinbarte Anforderungen an den Schwerpunkt werden umgesetzt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

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

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

## 2. Allgemeine Angaben

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

2.2	<b>Wird bei der Gestaltung der Wohnräume den Wünschen und Bedürfnissen der Bewohner nach Privatheit und Wohnlichkeit Rechnung getragen?</b>	ja	nein		E.
	<small>M/T51/B</small>				<input type="checkbox"/>
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"/>		
	<small>M/B</small>				
b.	Stehen für jeden Bewohner abschließbare Schubladen oder Fächer zur Verfügung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<small>M/T52/B</small>				
c.	Wirken die Bewohner an der Gestaltung der Gemeinschaftsräume mit?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

2.3	<b>Bezüglich der strukturellen Anforderungen an die Versorgung von Bewohnern, die demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen aufweisen, trifft für die stationäre Pflegeeinrichtung Folgendes zu:</b>	ja	nein	t. n. z.	E.
	<small>M/T37/B</small>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
a.	Sind gesicherte Aufenthaltsmöglichkeiten im Freien vorhanden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>M/T38/B</small>				
b.	Können die Bewohner die Zimmer entsprechend ihren Lebensgewohnheiten gestalten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<small>M/T39/B</small>				
c.	Wird mit individuellen Orientierungshilfen gearbeitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

### 3. Aufbauorganisation Personal

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

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

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

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

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

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

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



Info						
<b>3.8 Zusammensetzung Personal</b>						
<b>Pflege</b>						
	Vollzeit Stunden/Woche	Teilzeit		geringfügig Beschäftigte		
Geeignete Kräfte:	Anzahl MA	Anzahl MA	Stellen- umfang	Anzahl MA	Stellen- umfang	Gesamtstellen in Vollzeit
Verantwortliche Pflegefachkraft						
Stellv. verantwortliche Pflegefachkraft						
Altenpfleger/in						
(Gesundheits- und) Krankenpfleger/in						
(Gesundheits- und) Kinderkrankenpfleger/in						
Heilerziehungspfleger/in						
Krankenpflegehelfer/in						
Altenpflegehelfer/in						
angelernte Kräfte						
Auszubildende						
Bundesfreiwilligendienstleistende						
Freiwilliges soz. Jahr						
Sonstige						
<b>Betreuung</b>						
Sozialpädagogen						
Sozialarbeiter/in						
Ergotherapeuten/ Beschäftigungstherapeuten						
Zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI						
Sonstige						
<b>hauswirtschaftliche Versorgung</b>						
hauswirtschaftliche Fachkräfte (2-3 jährige Ausbildung)						
Hilfskräfte und angelernte Kräfte						

#### 4. Ablauforganisation

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

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

<b>4.3 Ist die fachliche Anleitung und Überprüfung körperbezogener Pflegemaßnahmen von Mitarbeitern ohne pflegerische Ausbildung durch Pflegefachkräfte nachvollziehbar gewährleistet?</b>		ja	nein	t. n. z.	E.
<small>M/B</small>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<b>4.5 Ist die Personaleinsatzplanung mit Blick auf den Versorgungs- und Pflegebedarf der Bewohner adäquat?</b>		ja	nein	E.
<small>M/B</small>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 5. Qualitätsmanagement

<small>M/B</small>		ja	nein		E.
5.1	Liegt die Verantwortung für das Qualitätsmanagement auf der Leitungsebene und werden die Aufgaben von dieser wahrgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>		ja	nein	Nicht geprüft	E.
5.2	Setzt die stationäre Pflegeeinrichtung die folgenden zwei per Zufallsauswahl ausgewählten Expertenstandards um?				<input type="checkbox"/>
a.	Dekubitusprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
b.	Pflegerisches Schmerzmanagement – Akutschmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
c.	Pflegerisches Schmerzmanagement – chronischer Schmerz	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
d.	Sturzprophylaxe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
e.	Kontinenzförderung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
f.	Chronische Wunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
g.	Ernährungsmanagement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>Info</small>		ja	nein		E.
5.3	Ergreift die stationäre Pflegeeinrichtung Maßnahmen, um Kontrakturen zu vermeiden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>		ja	nein		E.
5.4	Liegt in der stationären Pflegeeinrichtung eine aktuelle Liste der in der Pflege eingesetzten Mitarbeiter mit Qualifikationen und ausgewiesenen Handzeichen vor?				<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>					
a.	aktuell (umfasst alle Mitarbeiter, die seit mehr als 1 Woche beschäftigt sind)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>M/B</small>					
b.	Nennung der Qualifikation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>M/B</small>					
c.	Vor- und Zunamen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>M/B</small>					
d.	Handzeichen übereinstimmend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>M/B</small>					
<small>M/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
5.5	Wird ein geeignetes Konzept zur Einarbeitung neuer Mitarbeiter in der Pflege nachweislich angewandt?				<input type="checkbox"/>
<small>B</small>					
a.	Zielvorgaben im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>					
b.	zeitlichen Vorgaben im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>					
c.	inhaltlichen Vorgaben im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>					
d.	Pflegefachkraft als Ansprechpartner im Konzept benannt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>					
e.	Differenzierung nach Qualifikation der Mitarbeiter im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>					
f.	Einarbeitungsbeurteilung im Konzept	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>B</small>					
g.	Konzept angewandt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<small>M/T32/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
5.6	Werden die Mitarbeiter in der Pflege und Betreuung regelmäßig in Erster Hilfe und Notfallmaßnahmen geschult?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T50/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
5.7	Erfolgt eine nachweisliche Bearbeitung von Beschwerden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 6. Hygiene

<small>M/T53/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
6.1	Ist der Gesamteindruck der stationären Pflegeeinrichtung im Hinblick auf Sauberkeit, Ordnung und Geruch gut?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

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

<small>M/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
6.4	Liegen geeignete Standards/Verfahrensabläufe zum Umgang mit MRSA und zur Sicherstellung entsprechender Hygieneanforderungen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 7. Verpflegung

<small>M/T57/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
7.1	Wird der Speiseplan in gut lesbarer Form eines Wochenplans bekannt gegeben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7.2	<b>Wird in der stationären Pflegeeinrichtung ein abwechslungsreiches, vielseitiges und bedarfsgerechtes Speisenangebot vorgehalten?</b>	ja	nein	t. n. z.	E.
	M/T55/B				<input type="checkbox"/>
a.	Wird bei Bedarf Diätkost angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/T41/B				
b.	Gibt es ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Demenz?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/T56/B				
c.	Ist die Darbietung von Speisen und Getränken an den individuellen Fähigkeiten der Bewohner orientiert?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/T58/B				
d.	Orientieren die Portionsgrößen sich an den individuellen Wünschen der Bewohner?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

7.3	<b>Kann der Zeitpunkt des Essens im Rahmen bestimmter Zeitkorridore frei gewählt werden?</b>	ja	nein		E.
	M/T54/B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

7.4	<b>Wird speziellen Erfordernissen der Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr der Bewohner Rechnung getragen?</b>	ja	nein	t. n. z.	E.
	M/B				<input type="checkbox"/>
a.	es gibt ein bedarfsgerechtes Speisenangebot für Bewohner mit Schluckstörungen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	B				
b.	mindestens drei Haupt- und zwei Zwischenmahlzeiten werden angeboten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
c.	der Abstand zwischen der zuletzt für alle Bewohner angebotenen Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen beträgt weniger als 12 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	B				
d.	der Abstand der zuletzt für Bewohner mit Diabetes mellitus oder gerontopsychiatrisch beeinträchtigte Bewohner angebotenen Mahlzeit am Abend und der ersten Mahlzeit am Morgen beträgt weniger als 10 Stunden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

7.5	<b>Werden die Mahlzeiten in für die Bewohner angenehmen Räumlichkeiten und ruhiger Atmosphäre angeboten?</b>	ja	nein		E.
	M/T59/B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

## 8. Betreuung

8.1	<b>Werden Leistungen der Betreuung angeboten?</b>	ja	nein		E.
	M/T42/B				<input type="checkbox"/>
a.	Werden im Rahmen der Betreuung Gruppenangebote gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/T43/B				
b.	Werden im Rahmen der Betreuung Angebote für Bewohner gemacht, die nicht an Gruppenangeboten teilnehmen können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/T44/B				
c.	Gibt es Aktivitäten zur Kontaktaufnahme/Kontaktpflege mit dem örtlichen Gemeinwesen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	M/T45/B				
d.	Gibt es Maßnahmen zur Förderung der Kontaktpflege zu den Angehörigen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

<small>B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
<b>8.2</b>	<b>Werden diese Angebote den Bewohnern in geeigneter Weise zur Kenntnis gebracht?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T46/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
<b>8.3</b>	<b>Sind die Angebote der Betreuung auf die Bewohnergruppen und deren Bedürfnisse ausgerichtet?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
<b>8.4</b>	<b>Wird die Betreuung durch festangestellte Mitarbeiter koordiniert?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>	<small>E.</small>
<b>8.5</b>	<b>Besitzt der für die Betreuung der gerontopsychiatrisch beeinträchtigten Bewohner zuständige Mitarbeiter spezielle Kenntnisse (Fort- und/oder Weiterbildung)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja welche?				

<small>M/Info</small>	
<b>8.6</b>	<b>In welchem Stellenumfang sind in der stationären Pflegeeinrichtung Mitarbeiter für die Betreuung beschäftigt (ohne zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI)?</b>

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>
<b>8.7</b>	<b>Hat die stationäre Pflegeeinrichtung auf der Grundlage des § 84 Abs. 8 i. V. m. § 85 Abs. 8 SGB XI Vergütungszuschläge für zusätzliche Betreuungskräfte vereinbart?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Wenn ja, mit welchem Stellenumfang?		

<small>B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>	<small>E.</small>
<b>8.8</b>	<b>Sind die gesetzlichen und vertraglichen Anforderungen an zusätzliche Betreuungskräfte nach § 85 Abs. 8 SGB XI im Hinblick auf die Beschäftigung, Qualifikation und Aufgabenwahrnehmung erfüllt?</b>			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/B</small>					
<b>a.</b>	Sind die Stellen der zusätzlichen Betreuungskräfte im vereinbarten Umfang besetzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<small>M/B</small>					
<b>b.</b>	Verfügen die eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte über die erforderliche Qualifikation gemäß § 4 der Betreuungskräfte-RL?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
<b>c.</b>	Haben alle eingesetzten zusätzlichen Betreuungskräfte im vergangenen Jahr nach § 4 Abs. 4 der Betreuungskräfte-RL an Fortbildungsmaßnahmen im Umfang von insgesamt mindestens 16 Unterrichtsstunden teilgenommen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<small>M/B</small>					
<b>d.</b>	Ist gewährleistet, dass zusätzliche Betreuungskräfte gemäß § 2 der Betreuungskräfte-RL nicht regelmäßig körperbezogene Maßnahmen, Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege oder hauswirtschaftliche Tätigkeiten durchführen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<b>8.9</b>	<b>Wird die Eingewöhnung der Bewohner in die stationäre Pflegeeinrichtung systematisch begleitet?</b>	ja	nein	E.
	M/T47/B			<input type="checkbox"/>
a.	Gibt es Hilfestellungen zur Eingewöhnung in die stationäre Pflegeeinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	M/T48/B			
b.	Erfolgt eine regelhafte Überprüfung und ggf. Anpassung der Angebote zur Eingewöhnung durch die stationäre Pflegeeinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<b>8.10</b>	<b>Gibt es konzeptionelle Aussagen zur Sterbebegleitung?</b>	ja	nein	E.
	M/T49/B	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

### 9. Allgemeine Angaben

M/Info		
<b>9.1</b>	<b>Auftragsnummer:</b>	
	<b>Datum</b>	<b>Uhrzeit</b>
		<b>Nummer Erhebungsbogen</b>

M/Info			ja	nein
<b>9.2</b>	<b>Angaben zum Bewohner</b>			
<b>a.</b>	Name			
<b>b.</b>	Pflegekasse			
<b>c.</b>	Pflege-/Wohnbereich			
<b>d.</b>	Geburtsdatum			
<b>e.</b>	Einzugsdatum			
<b>f.</b>	Aktuelle pflegerelevante Hauptdiagnose(n) laut Unterlagen der Einrichtung			
<b>g.</b>	Pflegegrad			
	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
<b>h.</b>	Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>i.</b>	Ist der Bewohner mit der Einbeziehung in die Prüfung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>j.</b>	Vorhandene Unterlagen			

M/Info		
<b>9.3</b>	<b>Anwesende Personen</b>	
<b>a.</b>	Name des Gutachters	
<b>b.</b>	Funktion/Qualifikation des Mitarbeiters der stationären Pflegeeinrichtung	
<b>c.</b>	Name des Mitarbeiters	
<b>d.</b>	sonstige Personen (z. B. gesetzlicher Betreuer)	

### 10. Behandlungspflege

M/T22/B					
<b>10.1</b>	<b>Ist bei Bedarf eine aktive Kommunikation mit dem Arzt nachvollziehbar?</b>	ja	nein	t. n. z.	E.
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



<small>M/T23/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
10.2	Entspricht die Durchführung der behandlungspflegerischen Maßnahmen den ärztlichen Anordnungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T24/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
10.3	Entspricht die Medikamentenversorgung den ärztlichen Anordnungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T25/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
10.4	Entspricht die Bedarfsmedikation der ärztlichen Anordnung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T26/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
10.5	Ist der Umgang mit Medikamenten sachgerecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<small>M/T13/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
10.7	Erfolgt eine systematische Schmerzeinschätzung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

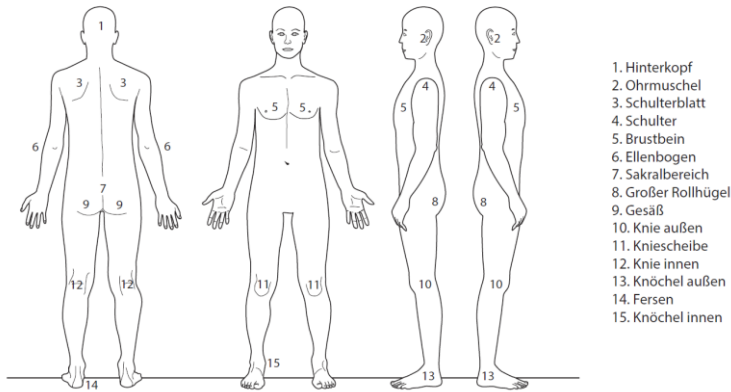
<small>M/T14/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
10.8	Kooperiert die stationäre Pflegeeinrichtung bei Schmerzpatienten eng mit dem behandelnden Arzt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T15/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
10.9	Erhalten Bewohner mit chronischen Schmerzen die ärztlich verordneten Medikamente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T27/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
10.10	Sind Kompressionsstrümpfe/-verbände sachgerecht angelegt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
10.11	Ist der Umgang mit Tracheostoma/Trachealkanülen/Absaugen sachgerecht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10.12 Beschreibung vorliegender Wunden



- 1. Hinterkopf
- 2. Ohrmuschel
- 3. Schulterblatt
- 4. Schulter
- 5. Brustbein
- 6. Ellenbogen
- 7. Sakralbereich
- 8. Großer Rollhügel
- 9. Gesäß
- 10. Knie außen
- 11. Kniescheibe
- 12. Knie innen
- 13. Knöchel außen
- 14. Fersen
- 15. Knöchel innen

© Lisa Apfelbacher 2016

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

M/Info	
<b>10.13</b>	<b>Verwendete Materialien zur Behandlung vorliegender Wunden (Verbandmaterial, Medikamente)</b>
a.	Wunde 1
b.	Wunde 2

t. n. z.

M/T3/B	
<b>10.14</b>	<b>Sind Ort und Zeitpunkt der Entstehung der chronischen Wunde/des Dekubitus dokumentiert?</b>

ja     nein     t. n. z.     E.

M/T5/B	
<b>10.15</b>	<b>Basieren die Maßnahmen zur Behandlung der chronischen Wunden oder des Dekubitus auf dem aktuellen Stand des Wissens?</b>

ja     nein     t. n. z.     E.

M/T4/B	
<b>10.16</b>	<b>Erfolgt eine differenzierte Dokumentation bei chronischen Wunden oder Dekubitus?</b>

ja     nein     t. n. z.     E.

M/T6/B	
<b>10.17</b>	<b>Werden die Nachweise zur Behandlung chronischer Wunden oder des Dekubitus (z. B. Wunddokumentation) ausgewertet, ggf. der Arzt informiert und die Maßnahmen angepasst?</b>

ja     nein     t. n. z.     E.

## 11. Mobilität

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

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

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>
<b>11.3</b>	<b>Liegt ein erhöhtes Sturzrisiko vor?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input type="checkbox"/>		

<small>M/T18/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
<b>11.4</b>	<b>Wird das individuelle Sturzrisiko erfasst?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T19/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>	<small>E.</small>
<b>11.5</b>	<b>Werden bei Bewohnern mit erhöhtem Sturzrisiko erforderliche Prophylaxen gegen Stürze durchgeführt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/Info</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>
<b>11.6</b>	<b>Liegt ein Dekubitusrisiko vor?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Von: Gutachter beurteilt <input type="checkbox"/> Einrichtung übernommen <input type="checkbox"/>		

<small>M/T1/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
<b>11.7</b>	<b>Wird das individuelle Dekubitusrisiko erfasst?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T2/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>	<small>E.</small>
<b>11.8</b>	<b>Werden erforderliche Dekubitusprophylaxen durchgeführt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 12. Ernährung und Flüssigkeitsversorgung

M/Info				
<b>12.1 Gewicht, Größe, Ernährungszustand, Flüssigkeitsversorgung</b>				
<b>a.</b> Gewicht		aktuell	vor ca. 3 Mon.	vor ca. 6 Mon.
	Datum			
	kg			
			t. n. z. <input type="checkbox"/>	t. n. z. <input type="checkbox"/>
<b>b.</b> Aktuelle Größe in cm				
<b>c.</b> Aktueller 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			

M/Info				
<b>12.2 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			
	Nahrung	kcal/24 h	Flussrate	ml/h
	Flüssigkeit	ml/24 h	Flussrate	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.

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

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

<small>M/T7/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
12.5	<b>Werden individuelle Ernährungsrisiken erfasst?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T10/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
12.6	<b>Werden individuelle Risiken bei der Flüssigkeitsversorgung erfasst?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T8/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>	<small>E.</small>
12.7	<b>Werden bei Einschränkung der selbstständigen Nahrungsvorsorgung erforderliche Maßnahmen bei Ernährungsrisiken durchgeführt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T11/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>	<small>E.</small>
12.8	<b>Werden erforderliche Maßnahmen bei Einschränkungen der selbstständigen Flüssigkeitsversorgung durchgeführt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T9/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
12.9	<b>Ist der Ernährungszustand angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T12/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>E.</small>
12.10	<b>Ist die Flüssigkeitsversorgung angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T28/B</small>		<small>ja</small>	<small>nein</small>	<small>t. n. z.</small>	<small>E.</small>
12.11	<b>Wird bei Bewohnern mit Ernährungssonden der Geschmackssinn angeregt?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### 13. Harninkontinenz

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

M/Info		ja	nein
<b>13.2 Besteht ein Hilfebedarf bei Harninkontinenz?</b>		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Von:			
Gutachter beurteilt	<input type="checkbox"/>		
Einrichtung übernommen	<input type="checkbox"/>		

M/T16/B			
ja	nein	t. n. z.	E.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13.3 Werden bei Bewohnern mit Harninkontinenz bzw. mit Blasenkathe- ther individuelle Risiken und Ressourcen erfasst?</b>			

M/T17/B			
ja	nein	t. n. z.	E.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>13.4 Werden bei Bewohnern mit Inkontinenz bzw. mit Blasenkathe- ther die erforderlichen Maßnahmen durchgeführt?</b>			

### 14. Umgang mit Demenz

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

M/T33/B			
ja	nein	t. n. z.	E.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14.2 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Biografie des Bewohners be- achtet und bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?</b>			

M/T34/B			
ja	nein	t. n. z.	E.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14.3 Werden bei Bewohnern mit Demenz Angehörige und Bezugsperso- nen in die Planung der Pflege und Betreuung einbezogen?</b>			

M/T35/B			
ja	nein	t. n. z.	E.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>14.4 Wird bei Bewohnern mit Demenz die Selbstbestimmung bei der Pflege und Betreuung berücksichtigt?</b>			

M/T40/B		ja	nein	t. n. z.	E.
14.5	Werden Bewohnern mit Demenz geeignete Freizeit-/Beschäftigungsangebote gemacht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T36/B		ja	nein	t. n. z.	E.
14.6	Wird das Wohlbefinden von Bewohnern mit Demenz im Pflegealltag beobachtet und dokumentiert und werden daraus ggf. Verbesserungsmaßnahmen abgeleitet?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 15. Körperpflege

M/Info	
15.1	<b>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/T29/B		ja	nein	t. n. z.	E.
15.2	Ist die Körperpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/Info	
15.3	<b>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/T30/B		ja	nein	t. n. z.	E.
15.4	Ist die Mund- und Zahnpflege angemessen im Rahmen der Einwirkungsmöglichkeiten der stationären Pflegeeinrichtung?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 16. Sonstige Aspekte der Ergebnisqualität

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



<small>M/T21/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
16.2	Liegen bei freiheitsentziehenden Maßnahmen Einwilligungen oder Genehmigungen vor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T20/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
16.3	Wird die Notwendigkeit der freiheitsentziehenden Maßnahmen regelmäßig überprüft?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T31/B</small>		ja	nein		E.
16.4	Wird die Pflege im Regelfall von denselben Pflegekräften durchgeführt?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>

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

<small>M/B</small>		ja	nein	t. n. z.	E.
16.6	Kann dem Pflegebericht situationsgerechtes Handeln der Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung bei akuten Ereignissen entnommen werden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 17. Sonstiges

(Freitext)

# Erhebungsbogen zur Befragung der Bewohner

## 18. Befragung der Bewohner

M/Info					
18.1 Auftragsnummer:					
Datum		Uhrzeit		Nummer Erhebungsbogen	

M/Info						ja	nein
18.2 Angaben zum Bewohner							
a. Name							
b. Pflegekasse							
c. Pflege-/Wohnbereich							
d. Geburtsdatum							
e. Pflegegrad							
<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 5			
f. Liegen nach Angaben der stationären Pflegeeinrichtung demenzbedingte kognitive und/oder kommunikative Einschränkungen vor?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Ist der Bewohner mit der Befragung einverstanden? (ggf. Betreuer oder Bevollmächtigter)						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T67/B						immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.3 Sind die Mitarbeiter höflich und freundlich?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T68/B						immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.4 Nehmen sich die Mitarbeiter ausreichend Zeit für Sie?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T60/B						immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.5 Wird mit Ihnen der Zeitpunkt von Pflege- und Betreuungsmaßnahmen abgestimmt?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T61/B						immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.6 Entscheiden Sie, ob Ihre Zimmertür offen oder geschlossen gehalten wird?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T62/B						immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.7 Werden Sie von den Mitarbeitern motiviert, sich teilweise oder ganz selber zu waschen?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

M/T63/B						immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.8 Sorgen die Mitarbeiter dafür, dass Ihnen beim Waschen außer der Pflegekraft niemand zusehen kann?						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<small>M/T69/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.9	Fragen die Mitarbeiter der stationären Pflegeeinrichtung Sie, welche Kleidung Sie anziehen möchten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T70/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.10	Schmeckt Ihnen das Essen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T66/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.11	Können Sie beim Mittagessen zwischen verschiedenen Gerichten auswählen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T71/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.12	Sind Sie mit den Essenszeiten zufrieden?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T72/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.13	Bekommen Sie jederzeit ausreichend zuzahlungsfrei zu trinken angeboten?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T73/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.14	Entsprechen die sozialen und kulturellen Angebote Ihren Interessen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T74/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.15	Wird Ihnen die Teilnahme an für Sie interessanten Beschäftigungsangeboten ermöglicht?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T75/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.16	Wird Ihnen die erforderliche Unterstützung gegeben, um sich im Freien aufhalten zu können?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T76/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.17	Können Sie jederzeit Besuch empfangen, wann Sie wollen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T65/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie		k. A.
18.18	Entspricht die Hausreinigung Ihren Erwartungen?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>
<small>M/T77/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.19	Erhalten Sie die zum Waschen abgegebene Wäsche zeitnah, vollständig und in einwandfreiem Zustand aus der Wäscherei zurück?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<small>M/T64/B</small>		immer	häufig	geleg.	nie	t. n. z.	k. A.
18.20	Hat sich für Sie etwas zum Positiven geändert, wenn Sie sich beschwert haben?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>